

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/79

mun. Chișinău

“31” decembrie 2020

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia teritorială Centru**, (în continuare - **Agencie**) în persoana **dlu Pruteanu Tudor, director**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția medico-sanitară publică „Asociația Medicală Teritorială Ciocana”**, reprezentată de către **dna Tizu Minodora, director** (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Statutului** au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - **Contract**), convenind asupra următoarelor:

2. Obiectul Contractului

2.1. Obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea asistenței medicale de către **Prestator**, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - **Program unic**), normele metodologice de aplicare a acestuia și de prezentul Contract.

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **85 384 478 MDL 14 bani** (optzeci și cinci milioane trei sute optzeci și patru mii patru sute șaptezeci și opt MDL 14 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-5 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale;

să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiștii de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesînd baza de date a Companiei și actele care atestă identitatea pacientului. În cazul spitalizării, să stabilească statutul de persoană asigurată/neasigurată la momentul internării. În caz de necesitate, să contacteze Compania;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor efectua în condițiile art.5

alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;

să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;

să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale, prevăzute în Programul unic și prezentul Contract;

să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul, numerotat, broșat și parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate;

să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

să prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract;

să prezinte Companiei, până la data de 18 a lunii imediat următoare perioadei de gestiune, factura pentru serviciile medicale prestate și documentele justificative în modelul solicitat de Companie, conform prevederilor prezentului Contract și Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând Companiei lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companie, pe tipuri de asistență medicală;

să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV și facturile de plată pentru luna decembrie/trimestrul IV al anului respectiv de gestiune conform termenelor stabilite de Companie, ultimele zile ale lunii fiind incluse în darea de seamă pentru luna ianuarie a anului următor;

să prezinte Companiei, până la data de 15 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, informația privind cazurile tratate cu leziuni corporale și alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, după modelul solicitat de Companie;

să prezinte materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, în temeiul prezentului Contract, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

să comunice Companiei, în termen de cel mult 3 zile după adoptarea deciziei, despre întreruperea activității sau anularea licenței, reorganizarea sau lichidarea instituției, inițierea procesului de insolvență, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei, prezentând și preluând rapoarte și alte date prevăzute de actele normative în vigoare și de prezentul contract;

să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile și dările de seamă prezentate Companiei;

să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute, conform prezentului contract, doar cheltuielile necesare realizării Programului unic;

să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare;

să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în

Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării prezentului Contract și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005;

să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administrației publice în domeniul respectiv și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3.2. Compania se obligă:

să transfere Prestatorului mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele prezentului Contract;

să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de Companie în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative în vigoare.

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă și facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.4. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală aferentă acestor servicii.

4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei.

4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile cînd serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.

5.2. În cazul confirmării cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raport de evaluare întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.2¹. Prestatorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator și asistență medicală spitalicească poartă responsabilitate pentru:

prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și pentru eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va percepe suma prejudiciată, care se va transfera la contul Companiei. În cazul completării neregulamentare a formularului de rețetă pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va aplica o penalitate de 5% din suma compensată a rețetelor completate eronat;

înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. În cazul constatării înregistrărilor duble ale persoanelor, precum și lipsa cererilor completate de persoană în modul stabilit, Compania va reține suma aferentă, la tariful stabilit în prezentul Contract, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, precum și alte acte justificative la cererea Companiei. În cazul constatării înscrierilor neautentice, Compania va reține suma aferentă din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). În cazul în care prin nerespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

5.3. În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 30% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.

5.3¹. Nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și se va aplica o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se va transfera la conturile Companiei.

5.3². Prestatorul poartă responsabilitate pentru neexecutarea pretențiilor înaintate în urma evaluării efectuate. În cazul neexecutării în termenul stabilit a pretențiilor înaintate, prestatorului i se va aplica o penalitate de 1% din suma menționată în pretenție, cu aplicarea unui nou termen de executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

5.4. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în prezentul Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, Compania va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

5.5. În caz de forță majoră, Partea care o invocă este exonerată de răspundere în baza prezentului Contract:

Partea nominalizată trebuie să anunțe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre încetarea acestuia;

dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părți prin neanunțarea în termen;

în cazul în care acțiunea forței majore se prelungește pe o perioadă de peste 6 luni, fiecare Parte poate cere rezilierea Contractului.

5.6. Prestatorul este obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar care, fiind incluse în costul serviciilor medicale prestate, au fost achitate de Companie conform prezentului Contract.

6. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1 ianuarie 2021 până la 31 decembrie 2021.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, până la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Până la data de 31 decembrie Compania pregătește și coordonează cu Prestatorul proiectul contractului și anexele respective.

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale, Părțile vor modifica volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale anuale.

7.2. Prezentul Contract poate fi reziliat din inițiativa Companiei, printr-o notificare în următoarele cazuri:

dacă Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile calendaristice de la data semnării Contractului, în cazul executării de către Companie a obligațiilor sale stipulate în prezentul Contract;

în caz de inițiere a procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenței sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum și a autorizației sanitare de funcționare;

dacă, din motive imputabile Prestatorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de Companie, a documentelor medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat, precum și în cazul îngădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei.

7.3. Prezentul Contract poate fi reziliat de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondența

8.1. Corespondența ce ține de derularea prezentului Contract se efectuează în scris prin poștă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în rechizitele Contractului.

8.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile din data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părți contractante schimbarea survenită.

9. Alte condiții

9.1. Presentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

9.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din prezentul Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

9.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești abilitate conform legislației în vigoare.

9.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării prezentului Contract va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției.

9.5. Compania poate delega unele drepturi și obligațiuni ce reies din prezentul Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

9.6 Anexele nr.1-5 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pîrcălab nr.46
IDNO 1007601007778

Prestatorul

IMSP „Asociația Medicală
Teritorială Ciocana”
mun. Chișinău, str. Vadul lui Vodă, 80
IDNO 1003600152743
IBAN:
MD89TRPCBW518430A00398AA-AMP
MD44TRPCBW518430B00398AA-AMSA
MD96TRPCBW518430C00398AA-SIP
MD51TRPCBW518430D00398AA-ÎMCD
MD65TRPCBW518430H00398AA-CCSM
MD20TRPCBW518430I00398AA-CSPT

Ministerul Finanțelor - Trezoreria de Stat
Cod bancar: TREZMD2X

Semnăturile părților

Compania

Agencia Centru

Pruteanu Tudor

(numele reprezentantului Companiei)



Prestatorul

Tizu Minodora

(numele reprezentantului Instituției medicale)



Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală nr. 05-08/49
din 21 decembrie 2020

Asistență medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

Nr. d/o	Profil / Grup de vîrstă	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează AMP	Suma (lei)
1) Per capita				
1	AMP De la 0 pina la 5 ani	913.83	5 117.00	4 676 068.11
2	AMP De la 5 pina la 50 ani	537.54	59 949.00	32 224 985.46
3	AMP De la 50 ani si peste	806.32	26 130.00	21 069 141.60
4	Suma pentru activitati specifice CS raionale si AMT	10.00	153 419.00	1 534 190.00
TOTAL:		X	244 615.00	59 504 385.17
2) Buget global				
1	Incadrarea rezidentilor in sistem			313 218.05
TOTAL:		X		313 218.05
Suma totala alocata pentru asistența medicală primară constituie				59 817 603.22

Compania



Prestatorul



L.Ș.

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistentei
medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală nr. 05-08/49
din 31 decembrie 2020

Asistența Medicală Specializată De Ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Per capita				
1	AMSP per capita	220.56	80 367.00	17 725 745.52
TOTAL:		X	80 367.00	17 725 745.52
2) Buget global				
1	BG Traumatologie			2 777 912.78
TOTAL:		X		2 777 912.78
3) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Tbc AMSA			806 774.62
TOTAL:		X		806 774.62
Suma totala pentru AMSP				21 310 432.92
IN-TOTAL:				21 310 432.92



Anexa nr. 3
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/79
din 31 decembrie 2020

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.63 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
197	Electroencefalografia computerizată cu teste funcționale (hiperventilație și stimulare optică)	145	
199	Ecoencefalografia computerizată	152	
200	Reografia computerizată	125	
201	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei (abdominal)	305	
202	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei, sarcină multiplă (abdominal)	335	
203	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină	350	
204	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină, sarcină multiplă	440	
205	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	328	
206	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	249	
208	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
209	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
210	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	332	
211	Examenul ecografic ginecologic transabdominal (2D) + Doppler	291	
214	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
216	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
218	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
220	Examenul ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
222	Examenul ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
225	Examenul ecografic musculoscheletal al unei zone – articulație anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
227	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
229	Examenul ecografic transabdominal al prostatei	128	
231	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni, morfologia fetală și screeningul pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei (transvaginal)	320	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
233	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologia fetală și screeningul pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei, sarcină multiplă (transvaginal)	350	
236	Examenul ecografic în trimestrul III de sarcină	138	
237	Examenul ecografic în trimestrul III de sarcină, sarcină multiplă	199	
240	Sonodopplerografia vaselor extracraniene și intracraniene (Doppler spectral)	180	
241	Sonodopplerografia sistemului venos al fătului	82	
252	Sonodopplerografia uterină	70	
253	Sonodopplerografia cerebrală la făt	70	
254	Sonodopplerografia ombilicală	41	
274	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler color, Doppler tisular, energetic, spectral continuu pulsativ, SOFT Q-lab, efectuare după procesarea datelor investigației, cu formarea raportului)	465	
472	Esofagogastroduodenofibroscopia diagnostică cu determinarea germenului Helicobacter Pylori	334	
475	Videoendoscopia digestivă superioară (videoesofagogastroduodenoscopie) diagnostică	469	
487	Videoendoscopia digestivă superioară	361	
488	Videoendoscopia digestivă superioară, cu biopsie	592	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			729 000.00

Inclusiv:

Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”	437 400.00
Suma maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e.	291 600.00

2) Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în pct.68 a Criteriilor de contractare:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
7	Determinarea CA 19-9	85	
8	Determinarea CA 15-3	85	
9	Determinarea CA 125	88	
10	Determinarea CA 242	134	
11	Determinarea markerului oncologic CA – 72-4 prin metoda Elisa	73	
13	Determinarea HCG	80	
16	Determinarea CMV IgG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	115	
17	Determinarea CMV IgM prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	225	
18	Determinarea Toxoplasmei IgG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	110	
19	Determinarea Toxoplasmei IgM prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	110	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
28	Determinarea T3 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	95	
29	Determinarea T4 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	95	
30	Determinarea TSH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	95	
31	Determinarea cortizolului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	133	
32	Determinarea prolactinei prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
33	Determinarea progesteronului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
34	Determinarea LH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
35	Determinarea FSH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
36	Determinarea testosteronului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	151	
37	Determinarea HCG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
38	Determinarea anti-TG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	190	
39	Determinarea anti-TPO prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	190	
40	Determinarea T3-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	95	
41	Determinarea T4-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	95	
42	Determinarea PSA-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	173	
43	Determinarea CA-125 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	181	
44	Determinarea Alfa-fetoproteinei (AFP) prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	130	
55	Determinarea PSA total prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	145	
56	Determinarea CEA prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	125	
57	Determinarea CA-19-9 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	181	
64	Determinarea IgE total	100	
68	Determinarea HBs Ag	89	
69	Determinarea anti-HBs Ag	99	
70	Determinarea anti-HBcor	99	
71	Determinarea anti-HBcor IgM	89	
72	Determinarea anti-HAV IgM	135	
73	Determinarea CA 19-9	109	
74	Determinarea CA 15-3	119	
75	Determinarea CA 125	109	
76	Determinarea CEA	80	
78	Determinarea AFP	93	
79	Determinarea PSA	83	



Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
80	Determinarea PSA liber	83	
81	Determinarea HCG	84	
90	Determinarea Helicobacter Pylori IgG	107	
103	Determinarea T3	79	
104	Determinarea T3 liber	63	
105	Determinarea T4	74	
106	Determinarea T4 liber	70	
107	Determinarea TSH	72	
108	Determinarea LH	84	
109	Determinarea FSH	90	
110	Determinarea cortizolului	89	
111	Determinarea testosteronului	87	
112	Determinarea estradiolului	86	
113	Determinarea progesteronului	86	
114	Determinarea prolactinei	87	
115	Determinarea anti-TG	104	
117	Determinarea anti-TPO	102	
119	Determinarea hormonului creșterii	98	
122	Determinarea calcitoninei	104	
130	Determinarea tirioglobulinei	69	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			171 000.00

3) Suma totală alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie 900 000 MDL.



Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistentei
medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală nr. 05-09/79
din 31 decembrie 2020

Îngrijiri Medicale Comunitare Și La Domiciliu

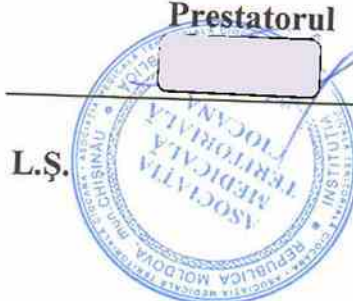
În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu:

Nr. d/o	Profil / Grup de vîrsta	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite asistate de IMD pentru persoane asigurate din numărul total de persoane înregistrate în IMS ce prestează AMP	Suma (lei)
1) Per vizita				
1	IMD/vizita	210.00	2 243.00	471 030.00
TOTAL:		X	2 243.00	471 030.00
2) Buget global				
1	Centrul comunitar de sănătate mintală			1 729 295.00
2	Centrul prietenos tinerilor			1 156 117.00
TOTAL:		X		2 885 412.00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				3 356 442.00

Compania



Prestatorul



Anexa nr. 5
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/79
din 31 decembrie 2020

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021 (în continuare – Criterii de contractare) și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice).

2. Suma pentru activități specifice din cadrul asistenței medicale primare specificată în pct.4) din Anexa nr.1 la Contract este destinată realizării pct.28 din Criteriile de contractare pentru populația afiliată: AMT Ciocana, com.Budești, com.Bubuieci, s.Colonița, s.Maximovca, s.Bălțata, s.Dolinoe, SRL „Dac Slav Biznes” și SRL „LUX-DNG”.

3. Suma contractuală destinată asistenței medicale specializate de ambulator este prevăzută pentru deservirea persoanelor asigurate din AMT Ciocana, com.Budești, com.Bubuieci, s.Colonița, s.Maximovca, s.Bălțata și s.Dolinoe.

4. Suma contractuală destinată bugetului global „Traumatologie” din cadrul asistenței medicale specializate de ambulator specificată în pct.2) din Anexa nr.2 la prezentul Contract este prevăzută pentru acordarea serviciilor medicale de ortopedie și traumatologie populației asigurate înregistrate în instituțiile medicale: AMT Ciocana, Î.S. Centrul Consultativ Diagnostic al Ministerului Apărării, SRL „Dac Slav Biznes” și SRL „LUX-DNG” în dependență de domiciliul persoanei.

5. Serviciile medicale de înaltă performanță incluse în Anexa nr.3 la Contract, pozițiile cu nr. 274, 475 și 487 sunt destinate inclusiv pentru pacienții de pe teritoriul de deservire a IMSP Asociației Medicale Teritoriale Rîșcani.

6. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și serviciile medicale de înaltă performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

7. Prestatorul va dezvolta capacitățile instituției pentru asigurarea prescrierii și prestării serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capitolele IV-XIII din Anexa nr.5 la Programul unic de către medicii cu drept de prescriere a acestor servicii prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.

8. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatajului medical).

9. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.



ACORD ADIȚIONAL NR. 2
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/79 din 31 decembrie 2020

mun. Chișinău

1 noiembrie 2021

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia teritorială Centru**, în persoana dlui **Tudor Pruteanu**, director, care acționează în baza **Statutului și Instituția medico-sanitară publică „Asociația Teritorială Medicală Ciocana”**, reprezentată de către dna **Minodora Tizu**, director (în continuare – **Prestator**), care acționează în baza **Statutului**, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/79 din 31 decembrie 2020 modificat prin Acordul Adițional nr.1 din 16 iulie 2021, se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**86 393 286 MDL 04 bani** (optzeci și șase milioane trei sute nouăzeci și trei mii două sute optzeci și șase MDL 04 bani)” se substituie cu sintagma „**86 862 209 MDL 02 bani** (optzeci și șase milioane opt sute șasezeci și două mii două sute nouă MDL 02 bani)”.

2. **Anexa nr. 1** la Contract se expune în redacție nouă:

Nr. d/o	Grupul de vîrstă	Tarif per capita (MDL)	Numarul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
1) Per capita				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	913.83	5 117	4 676 068.11
2	De la 5 - pînă la 50 ani	537.54	59 949	32 224 985.46
3	De la 50 ani și peste	806.32	26 130	21 069 141.60
4	Suma pentru activități specifice CS raionale și AMT	10.00	153 419	1 534 190.00
	Total	X	244 615	59 504 385.17
2) Buget global				
1	Încadrarea rezidenților în sistem			313 218.05
2	Buget global cu destinație specială pentru acoperirea cheltuielilor de personal pentru perioada 01.11-31.12.21			465 641.63
	TOTAL	X		778 859.68
Suma totală alocată pentru asistență medicală primară constituie				60 283 244.85

3. Anexa nr. 4 la Contract se expune în redacție nouă:

Nr. d/o	Profil / Grup de vârstă	Prețul unei vizite (lei)	Numărul de vizite asistate de IMD pentru persoane asigurate din numărul total de persoane înregistrate în IMS ce prestează AMP	Suma (lei)
1) Per vizita				
1	IMD/vizita	210.00	2 243	471 030.00
TOTAL:		X	2 243	471 030.00
2) Buget global				
1	Centrul Comunitar de sănătate mintală	X	X	2 618 459.46
2	Centrul prietenos tinerilor	X	X	1 254 487.44
3	Buget global cu destinație specială pentru acoperirea cheltuielilor de personal pentru perioada 01.11-31.12.21 pentru Centrul Comunitar sănătate mintală	X	X	1640.67
4	Buget global cu destinație specială pentru acoperirea cheltuielilor de personal pentru perioada 01.11-31.12.21 pentru Centrul Prietenos Tinerilor	X	X	1640.68
TOTAL:		X	X	3 876 228.25
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				4 347 258.25

Compania

Prestatorul



[Signature]

Tudor Pruteanu

L.S.



[Signature]

Minodora Tizu