

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 2025

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Prestatorul de servicii medicale** (în continuare – **Prestator**) **Instituția Medico-Sanitară Publică „Asociația Medicală Teritorială Ciocana”**, reprezentată de către **dna Minodora Tizu, director**, 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:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului 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 Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **148 243 944 MDL 94 bani** (una sută patruzeci și opt milioane două sute patruzeci și trei mii nouă sute patruzeci și patru MDL 94 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-5 la Contract.

III. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;

5) să elibereze pacienților, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM;

7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art.5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;

10) 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 în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

13) abrogat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolabilitate, reorganizare, suspendare a activității, lichidare a Prestatorului sau obținerea deciziei de neacreditație;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

25) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;

4) să comunice, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, Lista de denumiri comune internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;

7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

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

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți;

4) obținerea deciziei de neacreditare.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea 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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;

5) 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, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticilor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct.5.1:

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

a) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

c) pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1–6, CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

VI. PROCEDURA DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6.2. Contractul este valabil 3 ani de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2028, cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.

6.3. Perioada de acordare a asistenței medicale se stabilește de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2026.

VII. MODIFICAREA ȘI REZOLUȚIUNEA CONTRACTULUI

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de gestiune, Părțile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, în următoarele cazuri:

1) încălcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligațiilor sale stipulate în Contract;

3) inițierea procesului de insolvență, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activității pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, 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 CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, determinarea persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau determinarea acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

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 de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

8.3. Dacă una din Părți nu a notificat celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părți.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depășește 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluțiunea Contractului.

IX. CORESPONDENȚA

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

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

X. ALTE CONDIȚII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

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

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

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

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab nr.46
cod fiscal 1007601007778

Prestatorul

MSP „Asociația Medicală
Teritorială Ciocana”
mun. Chișinău, str. Vadul lui Vodă, 80
IDNO 1003600152743

Semnăturile părților

CNAM

Ion Dodon

L.Ș.

Prestatorul

Minodora Tizu

L.Ș.

Asistența medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

1)

Nr. d/o	Categoria de vârstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
1) Per capita:				
1	de la 0 până la 2 ani	1472,91	1242	1.829.354,22
2	de la 2 până la 5 ani	1293,69	2632	3.404.992,08
3	de la 5 până la 8 ani	985,67	3179	3.133.444,93
4	de la 8 până la 50 ani	560,04	57479	32.190.539,16
5	50 ani și peste	1226,49	28795	35.316.779,55
	Total	X	93.327	75.875.109,94
2) Per capita:				
	Activitățile medicului pediatru, obstetrician-ginecolog și serviciului ftiziopneumologie	49,00	124021	6.077.029,00
	Total	X	124021	6.077.029,00
Suma totală per capita				81.952.138,94

2)

Nr. d/o	Denumire	Forma de plată	Suma (MDL)
1	Suma pentru servicii paraclinice	Plată retrospectivă	21.925.620,00
2	Acoperirea cheltuielilor de transport și alimentație TBC	Plată retrospectivă	259.118,00
3	Acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți	Plată retrospectivă	2.306.060,00
	Total		24.490.798,00

3)

Nr. d/o	Denumire	Forma de plată	Suma (MDL)
1	Centrul comunitar de sănătate mintală	Buget global (01.01.2026-30.06.2026)	1.857.851,00
2	Centrul de sănătate prietenos tinerilor	Buget global (01.01.2026-30.06.2026)	883.713,00
	Total		2.741.564,00

4) Suma totală alocată pentru asistența medicală primară constituie **109 184 500 MDL 94 bani**.

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

1)

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Per capita				
1	AMSP per capita	290	80 717	23 407 930.00
TOTAL:				23 407 930.00

2)

Nr. d/o	Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat	
1	Suma pentru servicii paraclinice	7 829 549.00
TOTAL:		7 829 549.00

3)

Nr. d/o	Buget global	
	Profil	
1	Servicii medicale de ortopedie și traumatologie	3 851 640.00
TOTAL:		3 851 640.00

4) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator **35 089 119 MDL.**

Îngrijiri medicale la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale la domiciliu:

Nr. d/o	Tip serviciu medical	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite pentru persoane asigurate	Suma (lei)
1)	Per vizita			
	Îngrijiri medicale la domiciliu	316,00	4.000	1.264.000,00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale la domiciliu				1.264.000,00

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

1)

Nr. d/o PU	Denumirea serviciului	Cod serviciu	Tarif	Suma
Program Investigații de laborator				
1	Determinarea D-dimerilor în plasma sanguină - metoda Latex	1673.1	110	
8	Determinarea CA 15-3	1726	100	
10	Determinarea CA 242	1728	158	
11	Determinarea markerului oncologic CA – 72-4 prin metoda Elisa	1830	93	
16	Determinarea CMV IgG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1748.1	110	
17	Determinarea CMV IgM prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1748.2	216	
18	Determinarea Toxoplasmei IgG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1750.1	147	
19	Determinarea Toxoplasmei IgM prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1750.2	116	
28	Determinarea T3 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1777	104	
29	Determinarea T4 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1778	104	
30	Determinarea TSH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1779	104	
31	Determinarea cortizolului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1780	131	
32	Determinarea prolactinei prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1781	126	
33	Determinarea progesteronului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1782	126	
34	Determinarea LH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1783	126	
35	Determinarea FSH prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1784	126	
36	Determinarea testosteronului prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1786	136	
37	Determinarea HCG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1786.1	131	
38	Determinarea anti-TG prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1786.2	190	
39	Determinarea anti-TPO prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1786.3	194	
40	Determinarea T3-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1813	104	

41	Determinarea T4-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1814	104
42	Determinarea PSA-liber prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1815	160
43	Determinarea CA-125 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1816	176
44	Determinarea Alfa-fetoproteinei (AFP) prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1817	131
46	Determinarea Vitaminei D prin metoda imunofluorescenței– ferment dependent	1818.3	181
55	Determinarea PSA total prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1841.16	131
56	Determinarea CEA prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1841.18	166
57	Determinarea CA-19-9 prin metoda imunofluorescentă – ferment dependent	1841.19	176
63	Determinarea insulinei	1841.98	113
71	Determinarea tirioglobulinei	1841.111	82
72	Determinarea feritinei	1841.195	229
73	Determinarea acidului folic	1841.196	253
75	Determinarea vitaminei B12	1841.198	283
	Suma totală alocată pentru program Investigații de laborator		1.114.786,00
	Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie		1.114.786,00

2)

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr serviciu	Tarif	Suma
	Program Diagnostic functional				
165	Electroencefalografia computerizată cu monitorizare video	1016.2	200	444	88.800,00
	Suma totală alocată pentru program Diagnostic functional		200		88.800,00
	Program Imagistică medicală				
174	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei (abdominal)	1027.4.1	29	214	6.206,00
175	Examen ecografic la 11-14 săptămâni, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei (transvaginal)	1027.5.1	1	291	291,00
176	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei, sarcină multiplă (abdominal)	1028.4.1	1	285	285,00
177	Examenul ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologia fetală și screeningul pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei, sarcină multiplă (transvaginal)	1028.5.1	5	348	1.740,00
178	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină	1029.1.1	39	317	12.363,00
179	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină, sarcină multiplă	1029.1.2	1	309	309,00
181	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	1050.26	226	311	70.286,00
182	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	1050.11	224	323	72.352,00

184	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.14	250	216	54.000,00
185	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.17	73	216	15.768,00
186	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20	539	324	174.636,00
187	Examenul ecografic ginecologic transabdominal (2D) + Doppler	1050.23	44	270	11.880,00
190	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.29	5	250	1.250,00
192	Examen ecografic al glandei tiroide (2D) + Doppler	1050.32	450	280	126.000,00
194	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.35	282	252	71.064,00
196	Examen ecografic al prostatei (transrectal) (2D) + Doppler	1050.38	92	252	23.184,00
204	Examenul ecografic transabdominal al prostatei	1050.55	2	140	280,00
207	Sonodopplerografia vaselor extracraniene și intracraniene (Doppler spectral)	1053	410	235	96.350,00
218	Sonodopplerografia uterină	1061	86	72	6.192,00
219	Sonodopplerografia cerebrală la făt	1062	54	72	3.888,00
220	Sonodopplerografia ombilicală	1063	68	42	2.856,00
	Suma totală alocată pentru program Imagistică medicală		2.881		751.180,00
	Program Ecocardiografie				
230	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler color, Doppler tisular, energetic, spectral continuu pulsativ, SOFT Q-lab, efectuare după procesarea datelor investigației, cu formarea raportului)	1088	925	647	598.475,00
	Suma totală alocată pentru program Ecocardiografie		925		598.475,00
	Program Endoscopie				
431	Videoendoscopia digestivă superioară (videoesofagogastroduodenoscopie) diagnostică	2278.1	207	552	114.264,00
	Suma totală alocată pentru program Endoscopie		207		114.264,00
	Program Pacient copil				
230	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler color, Doppler tisular, energetic, spectral continuu pulsativ, SOFT Q-lab, efectuare după procesarea datelor investigației, cu formarea raportului)	1088	60	647	38.820,00
	Suma totală alocată pentru program Pacient copil		60		38.820,00
	Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie		4.273		1.591.539,00

3) Suma totală alocată pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie **2 706 325 MDL**.

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 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 2026 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.

2. În cazul nerespectării prevederilor pct.3.1, subpct.15) din Contract cu referire la prezentarea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) în termenul stabilit, CNAM va suspenda achitarea serviciilor medicale acordate.

3. Suma contractuală „per capita” destinată activităților medicului pediatru, obstetrician-ginecolog și serviciului de fizioterapie din cadrul asistenței medicale primară în pct.1.2.) din Anexa nr.1 la prezentul Contract este prevăzută pentru acordarea serviciilor medicale populației înregistrate în instituțiile medicale: AMT Ciocana, localitățile com.Budești, com.Bubuieci, s.Colonița, s.Maximovca, s.Balța, s.Dolinoe și SRL „DacSlavBiznes”

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

5. Suma contractuală destinată bugetului global „Traumatologie” din cadrul asistenței medicale specializate de ambulator specificată în pct.3) 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 „DacSlavBiznes”, SRL „LUX-DNG” în dependență de domiciliul persoanei și localitățile com.Budești, com.Bubuieci, s.Colonița, s.Maximovca, s.Balța și s.Dolinoe.

6. Prestatorul, în vederea realizării obligațiilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistență Medicală Primară” (SI AMP), precum și alte sisteme informaționale relevante

7. Prestatorul de servicii medicale este obligat să respecte orarul de prestare a serviciilor medicale programate și să nu tergiverseze/ amâne prestarea acestora.

8. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru serviciile medicale paraclinice prestate de alți prestatori, efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și pentru serviciile medicale de înaltă performanță.

9. Prestatorul de servicii medicale de asistență medicală primară poartă responsabilitate pentru planificarea și executarea mijloacelor financiare, în scopul efectuării serviciilor medicale paraclinice, inclusiv serviciile medicale paraclinice procurate de la alți prestatori.

Raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale paraclinice prestate de instituție se va efectua în baza tarifelor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011.

Procurarea, raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale de la alți prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu acestea, care nu depășesc tarifele prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011.

Raportarea serviciilor medicale paraclinice se va efectua lunar conform formularelor aprobate.

Prestatorul poartă responsabilitate de veridicitatea datelor raportate în sistemul informațional „Raportarea și Evidența Serviciilor Medicale” (excluderea cazurilor de dublare a serviciilor medicale paraclinice).

10. Prescriptorii de servicii medicale de înaltă performanță sunt responsabili de eliberarea biletului de trimitere și se obligă să informeze pacientul privind cele 3 modalități de programare:

- a) individual, prin accesarea adresei web <https://sirsm.cnam.gov.md>, sau
- b) prin intermediul Centrului de apel al CNAM;
- c) cu ajutorul medicului în cazul în care Pacientul nu utilizează computerul.

11. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 5 zile lucrătoare despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparaturii medicale).

12. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală, inclusiv pentru serviciile medicale contractate prin metoda de plată “buget global”.