

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/28

mun. Chișinău

“31” decembrie 2019

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia teritorială Centru**, (în continuare - **Agencie**) în persoana dlui **Pruteanu Tudor, director**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția medico-sanitară publică „Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”**, reprezentată de către dl **Crudu Oleg, 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 **185 614 437 lei 68 bani** (una sută optzeci și cinci milioane șase sute paisprezece mii patru sute treizeci și șapte lei 68 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-4 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, utilizînd 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, asigurînd 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, pînă 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, prezentînd Companiei lunar, nu mai tîrziu 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, pînă 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 insolabilitate, 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, prezentînd și preluînd 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.

4.3. Abrogat prin Hotărârea Guvernului nr.43 din 16.01.2018.

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 asistență medicală primară, asistență 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 2020 până la 31 decembrie 2020.

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 11 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.1-4 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 „Spitalul Clinic Municipal
„Sfânta Treime””
mun. Chișinău, str. Alecu Russo nr.11,
IDNO 1003600152592
IBAN:
MD10TRPCBW518430A00362AA - AMS
MD17TRPCBW518430C00362AA - SIP
Ministerul Finanțelor - Trezoreria de Stat
Cod bancar: TREZMD2X

Semnăturile părților

Compania

Agencia Centru

Pruteanu Tudor

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul

Crudu Oleg

(numele reprezentantului Instituției medicale)



Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistentei
medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală nr. 05-08/28
din 31 decembrie 2019

Asistența Medicală Specializată De Ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Asistența medicală procurată după metoda per ședință:

Denumire	Numărul de ședințe	Tarif (lei)	Suma (lei)
Ședință de hemodializă	2 000	1 995	3 990 000.00
Total	2 000	X	3 990 000.00

Compania



Prestatorul

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/20
din 31 decembrie 2019

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

1) Finanțare în bază de DRG (CASE-MIX):

Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	17 000	1.6213	4 549	125 379 992.90
Chirurgie de zi	1 500	0.9516	4 549	6 493 242.60
Program special „Tratament operator pentru cataractă”	1 400	2.0638	4 667	13 484 456.44
Program special „Chirurgie endovasculară”	60	5.8074	4 667	1 626 188.15
Program special „Cardiologie intervențională”	150	10.4731	4 667	7 331 693.66
TOTAL	20 110	X	X	154 315 573.75

2) Asistența medicală procurată per caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumire program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	5 017 454.00	Geriatric	4100
			Reabilitare	5081
	Total	5 017 454.00		

3) Finanțare per caz tratat și evaluare pe baza îndeplinirii sumei contractate:

Denumire profil	Numărul de cazuri	Tarif (lei)	Suma (lei)
Transplant de corne	64	23 945	1 532 480.00
Total	64	X	1 532 480.00

4) Asistența medicală procurată după metoda per ședință:

Denumire	Numărul de ședințe	Tarif (lei)	Suma (lei)
Ședință de hemodializă	500	1 995	997 500.00
Total	500	X	997 500.00

5) Suma alocată pentru Departamentul Medicină de Urgență pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie **7 854 932 MDL**.

6) Suma de **6 673 846 MDL 93 bani** este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale.

7) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **176 391 786 MDL 68**

bani.

Compania

Prestatorul



Anexa nr. 3

la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-05/18 din 31 decembrie 2015

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
303	Spirografia și pneumotahografia (curba debit/volum)	35	
316	Ecografia ficatului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
318	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
320	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
322	Ecografia rinichilor cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
324	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
326	Ecografia ovarelor cu 2 D în scară gri + Doppler	283	
328	Ecografia vizicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
330	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
332	Examen ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
335	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
337	Aprecierea colecțiilor libere în una din cavități (spațiul pleural) cu 2 D în scară gri + Doppler	249	
338	Examenul ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
346	Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomiche cu 2 D în scară gri	181	
347	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomiche cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
361	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra -intra craniene)	346	
362	Ultrasonografia vaselor magistrale membrelor superioare	428	
363	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	428	
364	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	428	
389	Ecocardiografia (M. 2D. Doppler. Doppler color. Doppler tisular. energetic. spectral continuu pulsativ. SOFT Q-lab. efectuare postprocesării datelor investigației cu formarea raportului)	465	
394	Colangiopancreatografia retrogradă ghidată	2491	
395	Colangiopancreatografia retrogradă ghidată + papilosfincterotomia canulară*	7249	
396	Colangiopancreatografia retrogradă ghidată + papilosfincterotomia punțională	6782	
398	Urografia – 11x14 in (27*35)- 2 în regim digital	195	
399	Urografia – 14x17 in (35*43)-1 în regim digital	175	
440	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	984	
441	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1815	
442	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1022	
443	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2146	
444	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	984	
445	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2105	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
450	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor	946	
446	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	909	
447	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1920	
448	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a șelei turcești și creierului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	984	
449	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a șelei turcești și creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1995	
451	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor	1041	
452	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a nazofaringelui	928	
453	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor (2-3	1078	
454	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației	928	
455	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației	965	
456	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a femurului	965	
485	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a oaselor temporale	952	
487	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului și	2600	
490	Coronarografia cu ventriculografie	6915	
491	Aortografia	4309	
492	Angiografia periferică	5277	
493	Arteriografia renală	5564	
612	Esofagogastroduodenofibroscopie diagnostică cu determinarea germenului	334	
614	Bronhoscopia diagnostică	313	
615	Bronhoscopia cu biopsie	314	
617	Rectoscopia diagnostică	334	
618	Rectoscopia cu endobiopsie	151	
619	Colonoscopia diagnostică	556	
620	Colonoscopia cu endobiopsie	592	
623	Angiofluorografia retinei	545	
624	Autofluorescența retinei	386	
625	Biometria AB scan	233	
626	Ecografia AB scan	235	
627	Fotografierea retinei	386	
629	Tomografia în coerență optică a discului optic	386	
630	Tomografia în coerență optică a maculei	386	
631	Tomografia în coerență optică a segmentului anterior	325	
632	Durata de 0,5 ore categoria I	266	
633	Durata de 1,0 ore categoria I	1175	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			5 232 651.00



Compania

[Signature]



Prestatorul

[Signature]

Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/28
din 31 decembrie 2019

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 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 2020 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. Prestatorul este obligat în termen de 15 de zile calendaristice să informeze Compania despre repartizarea investigațiilor fiecărei instituții medico-sanitare cu drept de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță, cu specificarea numărului și sumei.

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

4. Suma contractuală anuală stabilită în pct.2.2 din prezentul Contract include și suma destinată creșterii salariale din 01.04.2020 în conformitate cu actele normative în vigoare.

5. În cazul modificării pe parcursul anului de gestiune a Valorilor Relative în cadrul sistemului DRG (CASE-MIX), aprobate conform actelor normative în vigoare, ca urmare a realizării unui exercițiu de determinare a costurilor Grupurilor Omogene de Diagnostic (DRG), Compania va opera modificările corespunzătoare la prezentul Contract, prin încheierea cu Prestatorul a unui acord adițional.

Compania



Prestatorul

