

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 2020

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia teritorială Centru**, (în continuare - **Agenzie**) 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 **334 386 706 lei 64 bani** (trei sute treizeci și patru milioane trei sute optzeci și șase mii șapte sute șase lei 64 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 asistența 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 Hotărîrea 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 decît la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.3. Abrogat prin Hotărîrea 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 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 nerrespectarea 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 insolabilitate, 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 13 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 Pircălab 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

Agenția Centru

(numele reprezentantului Companiei)

Pruteanu Tudor

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 2020

Asistență 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 caz tratat indeplinirea sumei contractuale				
1	Sedinta hemodializa	1 995.00	1 175.00	2 344 125.00
TOTAL:		X	1 175.00	2 344 125.00
Suma totala pentru AMSP				2 344 125.00
IN TOTAL:				2 344 125.00

Compania



Prestatorul



Handwritten signature

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/28
din 31 decembrie 2020

Asistența medicală spitalicească

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

1)

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	13 760	1,9104	6 187	256 120 195,00
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	5 880	2,3008	6 187	
Chirurgie de zi	Per caz	1 500	1,0538	6 187	
Program special "Tratament operator pentru cataractă"	Per caz	1 400	2,1107	4 667	13 790 891,66
Program special "Chirurgie endovasculară"	Per caz	60	7,0626	4 667	1 977 669,25
Program special "Cardiologie intervențională"	Per caz	300	9,7851	4 667	13 700 118,51
Transplant de cornee fără costul corneii	Per caz	11		21 889	240 779,00
Transplant de membrană amniotică pe suprafața oculară	Per caz	85		17 630	1 498 550,00
Servicii de hemodializă	Per ședință	825		1 995	1 645 875,00
Departament Medicină Urgentă	Buget global				11 770 432,00
Subdiviziune Primiri Urgente COVID-19	Buget global				11 397 331,83
Salarizare rezidenți	Buget global				17 091 739,39
TOTAL	X	X	X	X	329 233 581,64

Compania



[Signature]

Prestatorul



[Signature]

Anexa nr. 3
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08628
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)
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	
212	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie (transvaginal)	380	
213	Ecografia ovarelor cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie (transvaginal)	397	
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	
227	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
228	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	409	
243	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra-intracraniene)	346	
244	Ultrasonografia vaselor magistrale ale membrelor superioare	428	
245	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	428	
246	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	428	
252	Sonodopplerografia uterină	70	
254	Sonodopplerografia ombilicală	41	
255	Biopsia organelor parenchimatoase, glandei mamare, tiroidei, glandei suprarenale, ficatului etc.	1154	
256	Intervenția miniinvazivă ecoghidată	127	
257	Biopsia percutană randomizată ecoghidată renală	819	
258	Nefrostomia ecoghidată „a minima”	1501	
259	Puncție – drenarea chistului renal	596	
263	Instalarea sondei ureterale JJ	567	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
264	Puncția și drenarea formațiunilor lichidiene ale organelor parenchimotoase	66	
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	
275	Ecocardiografia 4D (M, 2D, Doppler color, tisular, spectral, continuu, pulsativ, 3D-Real Time)	843	
278	Colangiopancreatografia retrogradă, 24*30 cm-3, fără costul substanței de contrast	223	
279	Fistulografia cu radioscopie, 24*30 cm-1, fără costul substanței de contrast	63	
280	Fistulografia cu radioscopie, 8*10in(20*24)-1, în regim digital, fără costul substanței de contrast	148	
281	Fistulografia cu radioscopie, 11*14in(27*35)-1, în regim digital, fără costul substanței de contrast	156	
282	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min.)	950	
283	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min. + proba ortostatică)	1136	
284	Urografia (RVS, 7 min., 14 min., 25 min. + proba ortostatică + tardive)	1491	
307	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	984	
308	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1815	
309	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1022	
310	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2146	
311	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	984	
312	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	2105	
313	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices	909	
314	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices	1920	
317	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranazale la aparatul spiralat 64 Slices	946	
318	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a sinusurilor paranazale și a creierului la aparatul spiralat 64 Slices	1041	
319	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a nazofaringelui la aparatul spiralat 64 Slices	928	
320	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor (2-3 segmente) la aparatul spiralat 64 Slices	1078	
321	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației genunchiului la aparatul spiralat 64 Slices	928	
322	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a articulației talocrurale la aparatul spiralat 64 Slices	965	
323	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a femurului (gambei) la aparatul spiralat 64 Slices	965	

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
329	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a oaselor temporale (urechea medie și internă) la aparatul spiralat 128 Slices	952	
330	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a orbitelor la aparatul spiralat 128 Slices	952	
331	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului și bazinului în faza urografică cu contrast la aparatul spiralat 128 Slices	2600	
337	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor bazinului mic	5019	
339	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor cerebrale	5019	
340	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor carotide	5019	
341	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor hepatice, pancreatice	5019	
342	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor pulmonare	5019	
343	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor membrelor	5019	
344	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor renale	5019	
350	Coronarografia cu ventriculografie	6915	
351	Aortografia	4309	
352	Cateterismul cardiac drept cu ventriculografie pe dreapta	9481	
353	Cateterismul cardiac stâng cu ventriculografie pe stânga	9381	
354	Angiopulmonografia	9255	
355	Cateterismul cardiac drept și stâng	10354	
356	Coronarografia și cateterismul cardiac stâng	10273	
357	Cavografia	10224	
358	Flebografia	6696	
359	Angiografia cu substracție digitală selectivă a trunchiului celiac	9558	
360	Angiografia cu substracție digitală selectivă a arterelor bronhiale	9266	
361	Angiografia cu substracție digitală selectivă a arterelor renale	9471	
362	Angiografia cu substracție digitală selectivă a arterelor mezenterice	9471	
363	Angiografia cu substracție digitală a aortei și membrului inferior, unilateral	10399	
364	Angiografia cu substracție digitală a aortei și membrului inferior, bilateral	11470	
365	Angiografia cu substracție digitală a arcului aortic	9484	
366	Angiografia cu substracție digitală a membrului superior, unilateral	9471	
367	Angiografia cu substracție digitală a membrului inferior, unilateral	9471	
368	Angiografia cu substracție digitală a membrului superior, bilateral	10419	
369	Angiografia cu substracție digitală a membrului inferior, bilateral	10717	
370	Angiografia cu substracție digitală a arterelor cerebrale	9916	
371	Angiografia cu substracție digitală a arterelor brahiocefalice	9916	
372	Angiografia cu substracție digitală selectivă a arterelor carotide	9916	
373	Aortografia cu substracție digitală	9921	
472	Esofagogastrroduodenofibroscopia diagnostică cu determinarea germenului Helicobacter Pylori	334	
477	Bronhoscopia diagnostică	313	
480	Bronhoscopia cu biopsie	314	
482	Rectoscopia diagnostică	334	
483	Rectoscopia cu endobiopsie	151	
484	Colonoscopia diagnostică	556	

Larusa

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
485	Colonoscopia cu endobiopsiere	592	
500	Angiofluorografia retinei	545	
501	Autofluorescența retinei	386	
502	Biometria AB-scan	233	
503	Ecografia AB-scan	235	
504	Tomografia în coerență optică a discului nervului optic	386	
505	Tomografia în coerență optică a maculei	386	
506	Tomografia în coerență optică a segmentului anterior al globului ocular	325	
509	Durata de 0,5 ore, categoria I	266	
510	Durata de 1,0 ore, categoria I	1175	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			2 809 000.00

Inclusiv:

Suma în limitele căreia urmează a fi decontate serviciile medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”	1 685 400.00
Suma maximă în limitele căreia pot fi decontate în baza biletului de trimitere 027/e	1 123 600.00



Compania



Prestatorul

Liarenco

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 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. 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.
3. 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”.
4. 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).
5. 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. În cazul în care Prestatorul nu va valorifica cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei de gestiune (ținând cont de datoriile debitoare și creditoare), Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.
6. 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.
7. În temeiul art.15 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și întru executarea Ordinului comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, și în scopul realizării acțiunilor de regres de către CNAM pentru recuperarea cheltuielilor suportate pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate cărora le-a fost cauzat prejudiciu sănătății de către persoane juridice sau fizice, prestatorul de servicii medicale va prezenta pînă la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, informația privind cazurile de leziuni corporale și alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, conform formularelor aprobate prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 (modificat prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.1299/373-A din 30.12.2020).



Compania



Prestatorul