

## CONTRACT

de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală  
nr.05-08/331

mun. Chișinău

"29" decembrie 2017

### 1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - Companie), reprezentată de către dl Osoianu Iurie, vicedirector general, care acționează în baza Statutului, și Instituția medico-sanitară publică „Spitalul Raional Orhei”, reprezentată de către dna Palanciuc Elena, director (în continuare - Prestator), care acționează în baza Regulamentului 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 53 431 155 lei 81 bani (cincizeci și trei milioane patru sute treizeci și unu mii una sută cincizeci și cinci lei 81 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr. 1-3 ale prezentului 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;

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, utilizând sistemul informațional al Companiei și actele care atestă identitatea pacientului, iar în caz de necesitate, să contacteze Compania;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență;

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

să se aprovizioneze cu medicamente și să asigure existența în stoc a produselor farmaceutice necesare pentru a fi eliberate în condițiile spitalicești;

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 prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, în termen de 10 zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract;

să prezinte Companiei, până la data de 18 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, iar în cazul disponibilității mijloacelor financiare și achitării lunare - până la data de 18 a următoarei luni de gestiune, facturi de modelul stabilit pentru achitarea serviciilor medicale prestate, conform prevederilor prezentului Contract;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând Companiei lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat;

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 și să creeze condițiile necesare în vederea efectuării controlului din partea Companiei asupra 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;

să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății 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 pentru anul respectiv de gestiune.

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. Costul serviciilor medicale, acordate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, se stabilește în baza tarifelor aprobate de Guvern, în modul stabilit de legislație.

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 tîrziu decît la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

Modalitatea de achitare va fi prevăzută anual în Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune.

4.3. Prestatorul va prezenta darea de seamă pentru luna decembrie pînă la data de 24 a lunii și factura de plată pentru trimestrul IV pînă la data de 27 decembrie a anului respectiv de gestiune, ultimele 7 zile ale lunii fiind incluse în darea de seamă pentru luna ianuarie a anului următor.

4.4. Pentru serviciile acordate de către Prestator persoanelor, în conformitate cu Programul unic și prezentul Contract. Compania efectuează lunar, în limita 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 anuală.

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, suma pentru luna următoare va fi micșorată cu diferența obținută în luna precedentă.

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.

### **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 când 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 acestor cazuri prin act de control întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.3. în cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 10% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate.

5.3.<sup>1</sup> 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 controalelor 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.

5.4. 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 01 ianuarie 2018 pînă la 31 decembrie 2018.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, pînă la data de 01 noiembrie a anului curent de gestiune. Pînă 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 insolvență, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenței sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum și a autorizației sanitare de funcționare.

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 scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul Părților.

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

Anexa nr.1  
la Contractul de acordare a asistenței  
medicale (de prestare a serviciilor  
medicale) în cadrul asigurării obligatorii  
de asistență medicală nr.05-08/331  
din 29.12.2017

Nr.d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate	Suma (lei)
<b>AMSP</b>				
1	AMSP per capita	128,56	69483,00	8932734,48
	TOTAL:	X	69483,00	8932734,48
<b>2. Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat</b>				
1	Tbc AMSA			624630,00
	TOTAL:	X		624630,00
<b>Suma totală pentru AMSP</b>				9557364,48
<b>ÎN TOTAL:</b>				9557364,48

Anexa nr.2  
la Contractul de acordare a asistenței  
medicale (de prestare a serviciilor  
medicale) în cadrul asigurării obligatorii  
de asistență medicală nr.05-08/331  
din 29.12.2017

## Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anu 2018 Prestatorului I se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

### 1. Finanțarea de bază DRG (CASE-MIX)

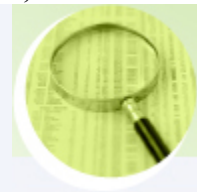
Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	10841	0,9061	3300	32415999,33
Chirurgie de o zi	250	1,0000	3300	825000,00
<b>Total</b>	<b>11091</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>33240999,33</b>

2. Asistența medicală procurată pe caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumire program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	9542231,00	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	331
			Geriatric	3400
			Reabilitare	4900
	Total	9542231,00	X	X

3) Suma alocată pentru Departamentul Medicină de Urgență pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie **1090561 lei**.

4) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **43 873 791,33 lei**.



Noutați