

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

nr. 05-08/38

mun.Bălți

“29” decembrie 2017

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agenția teritorială Nord**, (în continuare - **Agenție**), în persoana dlui **Grigore Cugal**, **director**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Soroca”**, reprezentată de către **dna Ludmila Ciobanu**, **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 **18 107 178 lei 72 bani** (optsprezece milioane una sută șapte mii una sută șaptezeci și opt lei 72 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;

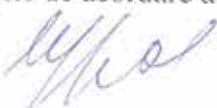
să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată, utilizând sistemul informațional al Companiei și actele care atestă identitatea pacientului, iar în caz de necesitate, să contacteze Compania;

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, pînă la data de 18 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, iar în cazul disponibilității mijloacelor financiare și achitării lunare – pînă 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, prezentînd Companiei lunar, nu mai tîrziu 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 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 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.

5.3.¹ Nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decît 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 decît 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 întîrziere.

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. Presentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1 ianuarie 2018 până la 31 decembrie 2018.

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. Presentul 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. Presentul 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.

9. Alte condiții

9.1. Presentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 8 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 expedită 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.1-3 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

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

Prestatorul
IMSP „Centrul de Sănătate Soroca”
or. Soroca, str. Mihai Eminescu, 16
IDNO 1007607008571

Semnăturile părților

Compania

Grigore Cugal
(numele reprezentantului Companiei)



Prestatorul

Ludmila Ciobanu
(numele reprezentantului Instituției medicale)



Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05 - 08/38
din 29.12.2017

Asistență medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2018 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

Nr. d/o	Profil / Grup de vîrstă	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează AMP	Suma (lei)
1) Per capita				
1	AMP De la 0 pina la 5 ani	471,64	1 953,00	921 112,92
2	AMP De la 5 pina la 50 ani	277,44	22 940,00	6 364 473,60
3	AMP De la 50 ani si peste	416,16	14 070,00	5 855 371,20
4	Suma pentru activitati specifice CS ronale și AMT	10,00	89 044,00	890 440,00
TOTAL:		X	128 007,00	14 031 397,72
2) Indicatori Estimativ				
1	Suma estimativa pentru indicatorii de performanta			2 357 181,00
TOTAL:		X		2 357 181,00
Suma totala alocata pentru asistenta medicala primara constituie				16 388 578,72



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 – 08/38
din 29.12.2017

Ingrijiri Medicale Comunitare Si La Domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2018 Prestatorului i se planifica urmatorul volum de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu:

Nr. d/o	Profil / Grup de virsta	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite asistate de IMD pentru persoane asigurate din numărul total de persoane înregistrate în IMS ce presteaza AMP	Suma (lei)
1) Buget global				
1	Centrul comunitar de sanatate mintala			1 133 000.00
2	Centrul prietenos tinerilor			585 600.00
TOTAL:			X	1 718 600.00
Suma totala alocata pentru ingrijiri medicale comunitare si la domiciliu				1 718 600.00



Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2018 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018 (în continuare – Criterii de contractare).

2. Pentru a obține finanțare, Prestatorul, în conformitate cu pct. 3.1 din prezentul Contract și Normele metodologice cu privire la formarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea surselor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, va prezenta Companiei pentru coordonare și aprobare, timp de 10 zile lucrătoare, devizul de venituri și cheltuieli (business - plan) pe anul 2018.

3. Prestatorul va îndeplini întregul volum de asistență medicală prevăzut în Programul unic, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori de nivel teritorial sau republican care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestor servicii.

4. Prestatorul poartă responsabilitate în cazul prescrierii neregulamentare 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 efectuate va fi constatată prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va percepe suma prejudiciată, care se va transfera la conturile Companiei.

5. 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 servicii medicale de înaltă performanță.

6. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime 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 respecta cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești nevalorificat 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.

Compania



Prestatorul

