

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/40

mun. Bălți

„31 ” decembrie 2020

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - **Companie**), reprezentată de către **Agenția teritorială Nord** (în continuare - **Agenție**), în persoana dlui **Cugal Grigore, director**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Florești”**, reprezentată de către dna **Capeclea Ludmila, 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 calitatea 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 **75 617 452 MDL 17 bani** (șaptezeci și cinci milioane șase sute șaptesprezece mii patru sute cincizeci și doi MDL 17 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-3 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 Protoocoalelor 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, bilet de trimitere la specialiști de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesind 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;



1

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 evidență 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 insolvabilitate, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protoocoalelor clinice aprobată de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

să utilizeze sistemele informative 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 reinnoiască 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 tîrziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

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 trimis (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constată 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 complete 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 complete 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 pînă 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 urmău a fi acordate și va restituui 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 sunt 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 repetitive 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 celalătă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre închiderea acestuia;

dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și închiderii 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 prelungeste 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 pînă la 31 decembrie 2021.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, pînă la data de 1 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, închiderea 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;

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 finanțier-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 subpunkt va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondență

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 celelalte Părți contractante schimbarea survenită.

9. Alte condiții

9.1. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a căte 9 pagini fiecare, căte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

9.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și închiderea 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 în de competența instanțelor judecătoreștiabilitate conform legislației în vigoare.

9.4. Părțile contractante convingă 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 obligații ce reies din prezentul Contract agenților 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 Pârcălab, 46
IDNO 1007601007778

Prestatorul

IMSP „Spitalul Raional Floreți”
or. Florești, str. Ștefan cel Mare, 77
IDNO 1003607150140

Semnăturile părților

Compania



Cugal Grigore

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul



Capdeleana Ludmila

(numele reprezentantului Institutului medical)

L.S.

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/40
din 31 decembrie 2020

Asistență Medicală Specializată De Ambulator

In 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 capita				
1	AMSP per capita	207.88	51 908.00	10 790 635.04
		TOTAL:	X	51 908.00
		TOTAL:	X	10 790 635.04
2) Buget global				
1	BG AMSP			460 870.40
		TOTAL:	X	460 870.40
3) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Tbc AMSA			439 172.56
		TOTAL:	X	439 172.56
Suma totală pentru AMSP				11 690 678.00
				11 690 678.00

Compania

L.S.



Prestatorul
RAJONUL
FLOREȘTI
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
L.S.

Anexa nr. 8
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/40
din 31 decembrie 2020

Asistenta medicală spitalicească

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

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	8 131	0.8891	5 292	
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	1 100	1.3707	5 292	
Chirurgie de zi	Per caz	180	0.3766	5 292	
<i>Cazuri cronice:</i>					60 996 400.89
Reabilitare	Per caz			6 245	
Geriatrie	Per caz			4 424	
Îngrijiri medicale paliative (hospice)	Per zi-pat			670	
Program special „Protezare articulațiilor mari”	Per caz	60	9.1641	4 667	2 566 131.28
Unitate de Primire Urgențe tip I	Buget global				364 242.00
TOTAL	X	X	X	X	63 926 774.17

Compania



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. În condiții de hospice numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.

3. 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 finală performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

4. Prestatorul va dezvolta capacitatea instituției pentru asigurarea prescrierii serviciilor medicale de finală performanță incluse în capitolile 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”.

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 (aprobată) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfîrșitul perioadei de gestiune (înînd 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), aprobată 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 cauzurile de leziuni corporale și alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, conform formularelor aprobată 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).



L.S.



L.S.

ACORD ADIȚIONAL NR.1
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/40 din 31 decembrie 2020

mun. Bălți

23 februarie 2021

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către Agenția teritorială Nord, în persoana lui **Grigore Cugal**, director, care acționează în baza Statutului, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Florești”**, reprezentată de către dna **Ludmila Capcelea**, director (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza Regulamentului, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/40 din 31 decembrie 2020 se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**75 617 452 MDL 17 bani** (șaptezeci și cinci milioane șase sute saptesprezece mii patru sute cincizeci și doi MDL 17 bani)” se substituie cu textul „**75 964 903 MDL 31 bani** (șaptezeci și cinci milioane nouă sute șaizeci și patru mii nouă sute trei MDL 31 bani)”.

2. **Anexa nr.2** la Contract se expune în redacție nouă:

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	8 131	0,8891	5 292	
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	1 100	1,3707	5 292	
Chirurgie de zi	Per caz	180	0,3766	5 292	
<i>Cazuri cronice:</i>					60 996 400,89
Reabilitare	Per caz			6 245	
Geriatrie	Per caz			4 424	
Îngrijiri medicale palliative (hospice)	Per zi-pat			670	
Program special „Protezare articulațiilor mari”	Per caz	60	9,1641	4 667	2 566 131,28
Unitate de Primire Urgențe tip I	Buget global				364 242,00
Buget global cu destinație specială COVID-19 pentru luna ianuarie	Buget global				347 451,14
TOTAL	X	X	X	X	64 274 225,31

3. **Anexa nr.3** la Contract se completează cu un punct nou, **pct.8**, cu următorul conținut:

„8. În **Anexa nr.2** la prezentul Contract „Bugetul global cu destinație specială COVID-19” este destinat pentru acoperirea suplimentului legat de îndeplinirea indicatorului de performanță profesională „Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, în baza definiției de caz contact/probabil/suspect/confirmat” conform prevederilor ordinului MSMPS nr.466 din 15.05.2020 cu privire la motivarea personalului.”

Compania

Grigore Cugal

L.S.



L.S.

Ludmila Capcelea

ACORD ADIȚIONAL NR.2
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/40 din 31 decembrie 2020

mun. Bălți

15 martie 2021

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – Companie), reprezentată de către Agenția teritorială Nord, în persoana lui **Grigore Cugal, director**, care acționează în baza Statutului, și Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Florești”, reprezentată de către dna **Ludmila Capcelea, director** (în continuare - Prestator), care acționează în baza Regulamentului, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/40 din 31 decembrie 2020 modificat prin Acordul adițional nr.1 din 23 februarie 2021, se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**75 964 903 MDL 31 bani** (șaptezeci și cinci milioane nouă sute șaizeci și patru mii nouă sute trei MDL 31 bani)” se substitue cu textul „**76 291 939 MDL 41 bani** (șaptezeci și șase milioane două sute nouăzeci și una mii nouă sute treizeci și nouă MDL 41 bani)”.

2. Anexa nr.2 la Contract se expune în redacție nouă:

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	8 131	0,8891	5 292	
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	1 100	1,3707	5 292	
Chirurgie de zi	Per caz	180	0,3766	5 292	
<i>Cazuri cronice:</i>					
Reabilitare	Per caz			6 245	
Geriatrie	Per caz			4 424	
Îngrijiri medicale palliative (hospice)	Per zi-pat			670	
Program special „Protezare articulațiilor mari”	Per caz	60	9,1641	4 667	2 566 131,28
Unitate de Primire Urgențe tip I	Buget global				364 242,00
Buget global cu destinație specială COVID-19 pentru lunile ianuarie-februarie	Buget global				674 487,24
TOTAL	X	X	X	X	64 601 261,41

Compania

Grigore Cugal



L.S.

Ludmila Capcelea



ACORD ADIȚIONAL NR.3
la Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/40 din 31 decembrie 2020

mun. Bălți

21 aprilie 2021

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – Companie), reprezentată de către **Agenția teritorială Nord**, în persoana lui **Grigore Cugal, director**, care acționează în baza Statutului, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Florești”**, reprezentată de către **dna Ludmila Capcelea, director** (în continuare - Prestator), care acționează în baza Regulamentului, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/40 din 31 decembrie 2020 modificat prin Acordul adițional nr.1 din 23 februarie 2021 și Acordul adițional nr.2 din 15 martie 2021, se modifică după cum urmează:

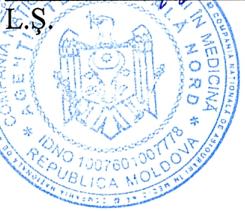
1. La p.2.2 din Contract textul „**76 291 939 MDL 41 bani** (șaptezeci și șase milioane două sute nouăzeci și una mii nouă sute treizeci și nouă MDL 41 bani)” se substituie cu textul „**76 653 115 MDL 56 bani** (șaptezeci și șase milioane șase sute cincizeci și trei mii una sută cincisprezece MDL 56 bani)”.

2. **Anexa nr.2** la Contract se expune în redacție nouă:

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	8 131	0,8891	5 292	
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	1 100	1,3707	5 292	
Chirurgie de zi	Per caz	180	0,3766	5 292	
<i>Cazuri cronice:</i>					60 996 400,89
Reabilitare	Per caz			6 245	
Geriatrie	Per caz			4 424	
Îngrijiri medicale palliative (hospice)	Per zi-pat			670	
Program special „Protezare articulațiilor mari”	Per caz	60	9,1641	4 667	2 566 131,28
Unitate de Primire Urgențe tip I	Buget global				364 242,00
Buget global cu destinație specială COVID-19 pentru lunile ianuarie-martie	Buget global				1 035 663,39
TOTAL	X	X	X	X	64 962 437,56

Compania


Grigore Cugal



L.S.

Prestatorul


Ludmila Capcelea

L.S.