Aprobat
prin Hotărârea Guvernului
nr.770 din 9 noiembrie 2022

CONTRACT
de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală
nr. 05-08/154

mun. Bălți **“31” decembrie 2024**

I. PĂRŢILE CONTRACTANTE

Compania Naţională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **Agenția teritorială Nord** (în continuare – **Agenție)**, în persoana **dnei Angela Arion**, **șefă Secție relații cu prestatorii**, care acţionează în baza **Ordinului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.945-o din 04.12.2024 „Cu privire la acordarea concediului de odihnă anual”, Statutului** şi Prestatorul de servicii medicale (în continuare – **Prestator**) **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Pelinia”,** reprezentată de către **dna Adela Cojocaru, șefă,** care acţionează în baza **Regulamentului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului îl constituie acordarea asistenţei medicale de către Prestator, în volumul şi de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Program unic), Normele metodologice de aplicare a acestuia şi de Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **6 563 010 MDL 88 bani** (șase milioane cinci sute șasezeci și trei mii zece MDL 88 bani). Volumul şi condiţiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt specificate în anexele nr.1-3 la Contract.

III. OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistenţă medicală calificată şi de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic şi în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alţi prestatori care activează în conformitate cu legislaţia, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic şi cerinţelor Protocoalelor clinice naţionale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

3) să asigure confidenţialitatea informaţiei cu privire la starea sănătăţii persoanei, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege;

4) să asigure prescrierea medicamentelor şi dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiţii de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;

5) să elibereze pacienţilor, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

6) să verifice şi să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenţei medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum şi statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM;

7) să nu refuze acordarea asistenţei medicale persoanelor în caz de urgenţă, iar cheltuielile pentru asistenţa medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condiţiile art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală;

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri şi forme de diagnostic şi tratament;

9) să asigure existenţa în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice şi parafarmaceutice şi a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic şi în Contract;

10) să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic şi în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi conform condiţiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

13) să ţină la un loc vizibil şi accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor şi reclamaţiilor persoanelor asigurate, numerotat şi broşat;

14) să planifice şi să execute proporţional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenţei medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul şi spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului şi să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri şi cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, pentru fiecare tip de asistenţă medicală contractat, precum şi modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiţionale şi modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe şi să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri şi cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală în termenele şi modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum şi alte informaţii aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional automatizat de creare şi circulaţie a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, şi/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale şi prevederilor actelor normative;

18) să ţină evidenţa şi să completeze corect şi la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistenţă medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistenţă medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional „Evidenţa şi raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fişa medicală a bolnavului de staţionar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătăţii persoanei asigurate de către persoanele fizice şi juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

21) să prezinte informaţiile/documentele şi să creeze condiţiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM a volumului şi modului de acordare a asistenţei medicale, precum şi a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relaţiilor contractuale curente şi precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele şi alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenţei medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi informaţia privind veniturile şi cheltuielile din alte surse,

pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporţionale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre iniţierea procesului de insolvabilitate, reorganizare, suspendare a activităţii sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic şi tratament şi ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;

25) să utilizeze sistemele informaţionale ale Ministerului Sănătăţii şi CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală şi a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice şi dările de seamă prezentate CNAM;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obţinute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficienţă, eficacitate şi economicitate;

28) să-şi reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocaţiile fondatorului şi mijloacele financiare obţinute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate şi persoanelor neasigurate care au dreptul la asistenţa medicală specificată în Programul unic şi Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate şi eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaţionale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul şi în limitele Contractului;

3) să monitorizeze şi să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului şi cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calităţii şi costului asistenţei medicale acordate persoanelor, precum şi gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;

4) să comunice, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, Lista de denumiri comune internaţionale de medicamente compensate şi Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatori de asistenţă medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiţionate şi stărilor de urgenţă, cu impact major asupra sănătăţii publice;

6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor şi dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum şi despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;

7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ŞI MODUL DE ACHITARE

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăşi tarifele aprobate de Guvern, şi a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative.

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcţie de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei şi volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, şi nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiţia că

Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăţi în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influenţa înregistrarea creanţelor CNAM faţă de Prestator la sfârşitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenţiei de rezoluţiune a Contractului de către una din Părţi.

4.4. În cazul înregistrării creanţelor CNAM faţă de Prestator pentru un anumit tip de asistenţă medicală, inclusiv a creanţelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reţinută din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă medicală. În cazul imposibilităţii reţinerii sumei creanţelor din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistenţă medicală respectiv şi/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în caz contrar suma urmează a fi reţinută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistenţă medicală.

4.5. Suma şi volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiţionale în partea majorării sau diminuării, în funcţie de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalităţii de achitare şi facturare a serviciilor medicale se conţine în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRŢILOR

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea serviciilor care, de fapt, nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, în conformitate cu Programul unic şi Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie şi cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calităţii şi calificării, inclusiv condiţionarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigaţiilor şi a efectuării altor plăţi nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară şi/sau neargumentată a reţetelor pentru medicamente şi dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic şi a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată şi servicii medicale de înaltă performanţă, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informaţional „Raportarea şi evidenţa serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistenţă medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;

5) neasigurarea veridicităţii informaţiei introduse în darea de seamă privind numărul şi lista nominală a pacienţilor beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinaţie specială, consumabile şi dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinaţie specială, consumabilelor şi dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor şi procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferenţa de cost al cazurilor de până la şi după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menţionate la pct.5.1:

1) în contextul relaţiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relaţiilor contractuale curente:

a) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1), 4), 5) şi 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepţionarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă şi/sau datele raportate în sistemele informaţionale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) şi 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

c) pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM în scopul reţinerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1–6, CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reţinerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor şi cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit şi pe fiecare tip de asistenţă medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistenţă medicală la altul se permite cu condiţia restituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

5.6. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, CNAM va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

VI. PROCEDURA DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI ŞI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfăşoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

6.2. Contractul este valabil de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenţei medicale de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025.

VII. MODIFICAREA ŞI REZOLUŢIUNEA CONTRACTULUI

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de gestiune, Părţile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părţile contractante pentru neonorarea obligaţiilor contractuale, cu condiţia notificării intenţiei de rezoluţiune cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte rezoluţiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din iniţiativa CNAM, printr-o notificare, în următoarele cazuri:

1) încălcarea esenţială de către Prestator a obligaţiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligaţiilor sale stipulate în Contract;

3) iniţierea procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum şi a autorizaţiei sanitare de funcţionare;

4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activităţii pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziţia structurilor abilitate cu dreptul de evaluare şi monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale şi administrative, precum şi îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi nerespectarea condiţiilor acordării asistenţei medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, determinarea persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau determinarea acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislaţiei ce reglementează sistemul ocrotirii sănătăţii, modul de acordare a asistenţei medicale sau condiţiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, Părţile contractante se obligă, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiţionale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiţionale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluţiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEXECUTAREA OBLIGAŢIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părţilor care justifică neexecutarea obligaţiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părţi intervenirea impedimentului şi efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanţe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligaţiilor contractuale este justificată doar pe durata existenţei impedimentului.

8.3. Dacă una din Părţi nu a notificat celeilalte Părţi în termenul prevăzut în pct.8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părţi.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depăşeşte 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluţiunea Contractului.

IX. CORESPONDENŢA

9.1. Corespondenţa ce ţine de derularea Contractului se efectuează în scris prin poştă, curier sau în format electronic la adresele de corespondenţă menţionate în datele de identificare ale Părţilor.

9.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile lucrătoare de la data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părţi contractante schimbarea survenită.

X. ALTE CONDIŢII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 10 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeaşi putere juridică.

10.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea sau alte pretenţii ce decurg din Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluţionare.

10.3. Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă ţin de competenţa instanţelor judecătoreşti.

10.4. Părţile contractante convin asupra faptului că orice obiecţie asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă şi Părţile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepţionării pretenţiei.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi şi obligaţii ce reies din Contract agenţiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice şi rechizitele bancare ale Părţilor

CNAM	**Prestatorul**
Compania Naţională de Asigurări în Medicină mun. Chişinău, str. Vlaicu Pârcălab nr.46 cod fiscal 1007601007778	IMSP „Centrul de Sănătate Pelinia ” r-l Drochia, s. Pelinia IDNO 1012607001822

Semnăturile părţilor

CNAM	**Prestatorul**
Angela Arion	**Adela Cojocaru**
L.Ş. Digitally signed by Arion Angela Date: 2024.12.26 17:37:56 EET Reason: MoldSign Signature Location: Moldova MOLDOVA EUROPEANĂ	L.Ş. Digitally signed by Cojocaru Adela Date: 2024.12.27 09:15:25 EET Reason: MoldSign Signature Location: Moldova MOLDOVA EUROPEANĂ

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. **05-08/154**
din **31 decembrie 2024**

Asistența medicală Primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

Nr. d/o	Categoria de vârstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
1) Per capita:				
1	de la 0 până la 2 ani	1422,25	80	113 780,00
2	de la 2 până la 5 ani	1249,20	170	212 364,00
3	de la 5 până la 8 ani	951,77	233	221 762,41
4	de la 8 până la 50 ani	540,78	3 280	1 773 758,40
5	50 ani şi peste	1184,31	2 497	2 957 222,07
	Total	**X**	**6 260**	**5 278 886,88**
2) Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Suma pentru servicii paraclinice	**X**		1 259 324,00
	Total			**1 259 324,00**
Suma totală alocată pentru asistența medicală primară				**6 538 210,88**

Anexa nr. **2**
la Contractul de acordare a asistenţei
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistenţă medicală nr. **05-08/ 154**
din **31 decembrie 2024**

Îngrijiri medicale comunitare şi la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale comunitare şi la domiciliu:

Nr. d/o	Tip serviciu medical	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite pentru persoane asigurate	Suma (lei)
1)	**Per vizita**			
	Îngrijiri medicale la domiciliu	310.00	80	**24 800.00**
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare şi la domiciliu				**24 800.00**

Anexa nr. **3**
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr.**05-08/154**
din **31 decembrie 2024**

Condiţii speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Părţile 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 asistenţă medicală pentru anul 2025 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Prestatorul, în vederea realizării obligațiunilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (SI AMP), precum și alte sisteme informaționale relevante.

3. Prestatorul de servicii medicale este obligat să respecte orarul de prestare a serviciilor medicale programate și să nu tergiverseze/ amâne prestarea acestora.

4. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru serviciile medicale paraclinice prestate de alți prestatori, efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată şi pentru serviciile medicale de înaltă performanță.

5. Prestatorul de servicii medicale de asistență medicală primară poartă responsabilitate pentru planificarea și executarea mijloacelor financiare, în scopul efectuării serviciilor medicale paraclinice, inclusiv serviciile medicale paraclinice procurate de la alţi prestatori.

Raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale paraclinice prestate de instituție se va efectua în baza tarifelor prevăzute în Hotărîrea Guvernului nr. 1020/2011.

Procurarea, raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale de la alți prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu acestea, care nu depășesc tarifele prevăzute în Hotărîrea Guvernului nr. 1020/2011.

Raportarea serviciilor medicale paraclinice se va efectua trimestrial conform formularelor aprobate.

În cazul nevalorificării mijloacelor financiare, CNAM va reține deferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor ulterioare.

6. Prescriptorii de servicii medicale de înaltă performanță sunt responsabili de eliberarea biletului de trimitere și se obligă să informeze pacientul privind cele 3 modalități de programare:

a) individual, prin accesarea adresei web https://sirsm.cnam.gov.md, sau

b) prin intermediul Centrului de apel al CNAM;

c) cu ajutorul medicului în cazul în care Pacientul nu utilizează computerul.

7. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență și servicii medicale.