

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

H O T Ă R Ă R E nr. _____

din _____ 2022

Chișinău

Cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului

În temeiul art. 7 alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, **GUVERNUL**

HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă Contractul - tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (se anexează).

2. Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 27-28, art. 232), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1) punctul 11 se completează cu litera j⁴) cu următorul cuprins:

„j⁴) să restituie cheltuielile, justificate documentar, suportate de către persoana asigurată pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale care nu și-a onorat obligațiile contractuale;”;

2) punctul 12 litera c²) se completează cu cuvintele „conform modului stabilit prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al Companiei”;

3) la punctul 16 și punctul 21 litera c) sintagma „Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale” se substituie cu sintagma „Ministerului Sănătății”.

3. Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 66-68, art. 691), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1) în tot textul Regulamentului sintagma „Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale” se substituie cu sintagma „Ministerul Sănătății”;

2) Punctul 11 va avea următorul cuprins:

„11. Mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru:

1) acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care include:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- b) asistența medicală primară;
- c) asistența medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică;
- d) asistența medicală spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
- g) îngrijiri paliative;
- h) medicamente compensate;

2) restituirea cheltuielilor, justificate documentar, suportate de către persoana asigurată pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale care nu și-a onorat obligațiile contractuale.”.

4. Hotărârea Guvernului nr. 1636/2002 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 178-181, art. 1792) se abrogă.

5. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

PRIM-MINISTRU

Contrasemnează:

Ministrul sănătății

CONTRACT-TIP
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. _____

mun. Chișinău

" ____ " _____ **20**__

I. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină

(în continuare - **CNAM**), reprezentată de către
care acționează în baza Statutului, și Prestatorul de servicii
medicale

reprezentat de către

(în continuare - **Prestator**), care acționează în baza

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:

(denumirea Prestatorului de servicii medicale)

II. Obiectul Contractului

2.1. Obiectul Contractului 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 Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de _____ MDL. Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele la Contract.

III. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale;

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

3) să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

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

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

6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;

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

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

9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;

10) 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 în Contract;

11) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat, broșat și parafat de CNAM;

12) să planifice și să execute proporțional pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale, stabilite la pct.6.1.

din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

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

14) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilit de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la solicitarea CNAM;

15) să prezinte CNAM prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație 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, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

16) să țină evidența și să completeze corect și la timp registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

17) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

18) să prezinte CNAM lunar, până la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

20) să prezinte la solicitarea în scris a CNAM documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale, din toate sursele de venit;

21) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare după adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolvență, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

22) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice, aprobate prin ordinul ministrului sănătății;

23) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM, întru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

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

25) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare realizării Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

26) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, din alocațiile fondatorului și a mijloacelor financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

27) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

28) să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

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

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 și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordinul 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 și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală 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, conform mecanismului aprobat prin ordinul directorului general al CNAM;

4) să informeze prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare despre Lista denumirilor comune

internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

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

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

IV. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

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

4.2. CNAM achită lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, Prestatorului serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limita sumei și a volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. Prezentarea facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract, din motive imputabile Prestatorului, 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 asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 60% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) insuficiența mijloacelor financiare la contul CNAM;

2) 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, se asimilează cu neprezentarea acestora;

3) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

4) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență 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 asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limita mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. CNAM nu este obligată să achite serviciile medicale prestate peste limitele contractuale cantitative și valorice, stabilite în Contract pentru fiecare tip de serviciu.

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale este prevăzută în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. Responsabilitatea Părților contractante

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 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 efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

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

3) eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

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

5) 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, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărirea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor, de până la și după auditul codificării;

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

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

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

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

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1. subpct.2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii 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 asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii 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 asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. În cazul confirmării refuzului/neglijării acordării asistenței medicale prevăzute de Contract, CNAM percepe de la Prestator o penalitate în mărime de 50% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate, care va fi reflectată în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acesteia de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.5. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta și 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 reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.6. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la finele perioadei de raportare pe parcursul anului respectiv de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la finele perioadei de raportare, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

5.7. 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 și termenul de valabilitate

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

6.2. Contractul este valabil de la ____ 20__ până la ____ 20__ , cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la ____ 20__ până la ____ 20__.

VII. Modificarea și rezoluțiunea Contractului

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

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

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

1) în caz de încălcare esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

3) în caz de inițiere a procesului de insolvență, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) dacă, din motive imputabile Prestatorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) în cazul refuzului Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale

CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și în cazul îngrădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) în cazul constatării încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, a determinării persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau a determinării acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

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 de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a raporturilor contractuale.

VIII. Impedimentul care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților, care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere în baza Contractului, dacă a notificat cealaltă Parte despre intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare după ce a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

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

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

IX. Corespondența

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

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

X. Alte condiții

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

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

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

10.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării Contractului va fi expedită în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Datele de identificare și datele bancare ale Părților

CNAM

Prestatorul

Semnăturile Părților

CNAM

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului CNAM)

Prestatorul

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului Prestatorului)