



COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

ORDIN nr. 41-A  
din „23” februarie 2018

*Cu privire la aprobarea Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală*

În scopul executării Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002, Hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.1636 din 18 decembrie 2002,

**ORDON:**

1. Se aprobă Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei.
2. Direcția evaluare și monitorizare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va desfășura acțiunile de monitorizare și evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu prezentul Regulament.
3. Se abrogă Ordinul nr.252-A din 28.05.2014 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind controlul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”.
4. Controlul executării prezentului Ordin mi-l asum.

Director general

Dmitrii Parfentiev

**Regulamentul  
privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale  
și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de  
asistență medicală**

**I. Dispoziții generale**

1. Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Regulament) este elaborat în baza Legii ocrotirii sănătății, nr.411 din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002, Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1636 din 18 decembrie 2002, Hotărârii Guvernului cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală nr.1372 din 23 decembrie 2005, Hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.1387 din 10 decembrie 2007, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.596/404 din 21.07.2016.

2. Prezentul Regulament stabilește competențele și responsabilitățile în procedura de monitorizare și evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - SAOAM), exercitat de un angajat sau un grup de angajați al Direcției evaluare și monitorizare (în continuare – DEM) a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM).

3. Obiectivele monitorizării și evaluării:

1) asigurarea respectării corespunderii cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, calității, termenelor și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare, încadrate în SAOAM;

2) asigurarea respectării prevederilor contractului privind eliberarea către persoanele înregistrate la medicul de familie a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

3) asigurarea respectării Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Program unic);



4) asigurarea respectării devizelor de venituri și cheltuieli stabilite și aprobate în modul stabilit de contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) și actele normative în vigoare;

5) asigurarea utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - FAOAM), respectându-se principiul economie, eficiență, eficacitate și legalitate;

6) prevenirea practicilor de gestionare contrar prevederilor legale a mijloacelor FAOAM.

4. În sensul prezentului Regulament, se definesc următoarele noțiuni principale:

**monitorizare** – totalitatea acțiunilor de analiză a datelor din Sistemul informațional al CNAM și dărilor de seamă a instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice încadrate în sistemul AOAM, întru identificarea și prevenirea riscurilor posibile, realizată din oficiu;

**evaluare** - totalitatea acțiunilor întreprinse la sediul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice de către echipa de evaluare/reprezentantul CNAM, privind executarea de către Prestator a prevederilor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) și a contractului privind eliberarea către persoanele înregistrate la medicul de familie a medicamentelor compensate;

**evaluare planificată** - se efectuează de către DEM în baza unui plan trimestrial de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul AOAM, aprobat de către Directorul general al CNAM;

**evaluare inopinată** - evaluare neplanificată care se efectuează în scopul constatării efective a activității Prestatorului;

**evaluare repetată** - evaluare prin care se apreciază calitatea și corectitudinea estimărilor efectuate anterior, prin contrapunerea rezultatelor evaluării efectuate anterior cu rezultatele reale constatate;

**prestator** - instituția medico-sanitară și farmaceutică contractată de CNAM;

**echipa de evaluare** - angajații DEM a CNAM împuterniciți prin ordin să exercite în mod efectiv monitorizarea și evaluarea executării contractului de către Prestator. La necesitate pot fi antrenați specialiști din alte subdiviziuni ale CNAM (inclusiv celor teritoriale), specialiști din cadrul altor instituții de stat și/sau experți independenți;

**reprezentantul CNAM** - angajat al DEM a CNAM împuternicit prin ordin să exercite în mod efectiv monitorizarea și evaluarea executării contractului de către Prestator;

**declarație de imparțialitate** - document intern prin care membrii echipei de evaluare/reprezentantul CNAM își asumă obligativitatea cu privire la păstrarea confidențialității datelor cu caracter personal și a informațiilor legate de activitatea Prestatorului;



**raport de evaluare** – document întocmit de membrii echipei de evaluare/reprezentantul CNAM, care cuprinde constatări referitoare la aspectele evaluate;

**pretenție** - cerință legală, înaintată Prestatorului în cazul constatării neexecutării obligațiilor contractuale, pentru înlăturarea iregularităților constatate ca urmare a evaluării și restituirea prejudiciului cauzat FAOAM;

**dispoziție** – act intern al CNAM privind acțiunile ce urmează a fi întreprinse de către subdiviziunile CNAM, ca urmare a constatărilor/cerințelor indicate în Pretenție;

**prejudiciu** – daună cauzată FAOAM 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 FAOAM în conformitate cu Programul unic, sau care au fost acordate în alt volum;

**caz rezolvat** - serviciu medical spitalicesc, care cuprinde: spitalizarea pacientului conform criteriilor stabilite în Programul unic, asigurarea condițiilor hoteliere și alimentația conform normelor alimentare aprobate, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului conform standardelor medicale de diagnostic și tratament, protocoalelor clinice instituționale sau naționale și finalizat cu externare (cu excepția decesului) după argumentarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a stabilizării, ameliorării stării cu prescrierea recomandărilor concrete pentru etapa următoare;

**caz/serviciu invalidat** – caz/serviciu medical care nu corespunde prevederilor contractuale și/sau actelor normative în vigoare și neacceptat spre plată ca urmare a evaluării efectuate;

**mijloace dezafectate** – mijloacele FAOAM utilizate, de către Prestator, contrar destinațiilor stabilite în clauzele contractuale și prevederilor actelor normative în vigoare;

**penalitatea** - este o prevedere contractuală prin care părțile evaluează anticipat prejudiciul, stipulând că Prestatorul, în cazul neexecutării obligațiilor contractuale, urmează să remită CNAM o sumă de bani.

5. Responsabilitatea asupra autenticității și veridicității faptelor expuse în raportul de evaluare o poartă echipa de evaluare (fiecare membru al echipei privind aspectele verificate) /reprezentantul CNAM,

6. Responsabil de generalizarea informației incluse în raportul de evaluare este șeful echipei de evaluare/reprezentantul CNAM.

7. Instruirea echipei de evaluare/reprezentantului CNAM se efectuează de către șeful echipei/șeful DEM.

## II. Procedura de efectuare a monitorizării

8. Monitorizarea se efectuează din oficiu la elaborarea planului trimestrial de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul



AOAM (în continuare – Plan de evaluare), la inițierea evaluărilor planificate sau inopinate în instituțiile medico-sanitare și farmaceutice, sau la efectuarea unor estimări analitice ce vizează volumul, accesul, corectitudinea serviciilor medicale prestate, eliberarea medicamentelor compensate, în baza contractului încheiat cu CNAM.

9. Monitorizarea din oficiu include evaluarea datelor din Sistemul informațional al CNAM și a dărilor de seamă, în scopul identificării prestatorilor care nu au respectat prevederile actelor normative în domeniul AOAM, cu includerea ulterioară a acestora în planul de evaluare.

10. În funcție de tipul de asistență medicală care urmează a fi evaluată, monitorizarea va include analiza informației din baza de date DRG a CNAM, rapoartele privind indicatorii de performanță profesionale, baza de date privind prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate, devizul de venituri și cheltuieli, dările de seamă privind executarea devizului de venituri și cheltuieli, alte rapoarte cu privire la volumul serviciilor medicale acordate în baza contractului încheiat cu CNAM.

### **III. Procedura de efectuare a evaluării**

11. Planul de evaluare pentru trimestrul următor de gestiune se întocmește și se prezintă spre aprobare Directorului general al CNAM, pînă la data de 25 a ultimei luni din trimestrul precedent.

12. După aprobare, în termen de 2 zile lucrătoare, Planul de evaluare se publică pe pagina web a CNAM.

13. Evaluarea se efectuează în baza Ordinului directorului general al CNAM/vicedirectorului general, în care se indică:

- 1) denumirea Prestatorului care urmează a fi supus evaluării;
- 2) tipul, obiectul și scopul evaluării în conformitate cu prevederile contractuale;
- 3) temeiul efectuării evaluării, în cazul evaluărilor inopinate;
- 4) membrii echipei/reprezentantul CNAM care urmează să efectueze evaluarea, cu specificarea numelui, prenumelui și funcției;
- 5) perioada supusă evaluării;
- 6) perioada efectuării evaluării și termenul prezentării raportului de evaluare.

14. În funcție de volumul contractului, evaluarea planificată pe perioada unui an de activitate a Prestatorului, se va efectua, de regulă, în termen de pînă la 15 zile lucrătoare. Termenii maximi nu vor depăși 20 zile lucrătoare.

15. Echipa de evaluare/reprezentantul CNAM are următoarele drepturi:

- 1) să solicite de la persoanele responsabile din cadrul Prestatorului prezentarea documentelor primare și a dărilor de seamă, asigurarea condițiilor necesare pentru efectuarea evaluării;



2) să solicite și să primească note explicative de la persoanele cu funcții de răspundere din cadrul Prestatorului care sunt responsabile de abaterile și încălcările consemnate în raportul de evaluare, precum și de la alte persoane, pentru identificarea cauzelor care au generat nerespectarea prevederilor contractuale;

3) să facă copii de pe documentele originale care îi sînt prezentate. În cazul cînd copiile nu pot fi făcute la locul evaluării sau cînd acestea nu pot fi asigurate de Prestator, membrul echipei/reprezentantul CNAM are dreptul să ridice documentele originale/purtătorii de informație contra unei recipise prin care se obligă să le restituie.

**16.** Echipa de evaluare/reprezentantul CNAM are dreptul să inițieze evaluarea conform procedurii stabilite de prezentul Regulament doar în cazul cînd sunt întrunite următoarele condiții:

1) existența ordinului/dispoziției conducerii CNAM cu privire la efectuarea evaluării;

2) existența Declarației de imparțialitate completată și semnată de către fiecare membru al echipei de evaluare/reprezentantul CNAM.

**17.** În procesul evaluării, echipa de evaluare/reprezentantul CNAM este obligat:

1) să informeze Prestatorul despre drepturile și obligațiile acestuia;

2) să aprecieze obiectiv și echidistant toate aspectele ce țin de efectuarea evaluării;

3) să asigure integritatea bunurilor și a documentației Prestatorului supuse evaluării;

4) să prezinte legitimația de serviciu Prestatorului supus evaluării și să-i permită să ia cunoștință cu aceasta;

5) să nu divulge conținutul documentelor și al informațiilor de care a luat cunoștința în procesul efectuării evaluării, decît în cadrul colaborării cu alte instituții de stat;

6) să anexeze la raportul de evaluare orice documente sau copii ale acestora prezentate de Prestatorul supus evaluării și explicațiile în scris ale angajaților acestuia;

7) să întocmească raportul de evaluare și să prezinte Prestatorului un exemplar al acestuia.

**18.** În procesul evaluării, Prestatorul este în drept:

1) să ia cunoștință cu ordinul CNAM cu privire la efectuarea evaluării și cu legitimația de serviciu a membrilor echipei/reprezentantului CNAM;

2) să fie informat referitor la drepturile și obligațiile sale;

3) să conteste acțiunile echipei de evaluare/reprezentantului CNAM;

4) să prezinte dovezi și explicații în favoarea sa;

5) să solicite anexarea la raportul de evaluare a oricăror documente sau copii ale acestora, pe care are dreptul să aplice semnătura, să dea explicații în scris, precum și să solicite includerea în raportul de evaluare a mențiunilor cu privire la unele fapte sau drepturi/obligații;



6) să solicite o singură dată, în cazuri temeinic justificate, CNAM suspendarea sau amânarea evaluării planificate pentru o altă perioadă în cazul în care evaluarea va afecta funcționarea sa normală sau va duce la suspendarea activității sale ori în cazul în care, din considerente obiective, nu poate fi supus evaluării;

7) să asiste personal sau prin reprezentantul său în procesul evaluării;

8) să ia cunoștință cu conținutul raportului de evaluare.

**19.** Prestatorul supus evaluării este obligat:

1) să prezinte documentele și informațiile ce țin direct de obiectul evaluării, solicitate de echipa de evaluare;

2) să permită accesul echipei de evaluare în încăperile sale de serviciu pe parcursul programului de lucru;

3) să asigure, prezența conducătorului (adjunctului acestuia) sau a conducătorului subdiviziunii sale responsabile de aspectele ce țin de evaluarea în cauză. În cazul evaluărilor inopinate, va asigura prezența persoanelor menționate imediat ce va fi posibil în virtutea circumstanțelor obiective;

4) să pună la dispoziția echipei de evaluare încăperi de serviciu amenajate pentru exercitarea evaluării;

5) să asigure accesul la sistemele informaționale.

**20.** Evaluările sunt desfășurate în strictă conformitate cu prevederile prezentului Regulament și a ordinului cu privire la efectuarea evaluării (termeni, tematica, perioada supusă evaluării, etc).

**21.** Activitatea de evaluare include următoarele etape:

1) *etapa de inițiere/pregătire a evaluării*, care include proceduri de colectare a informației privind tipurile de asistență medicală și suma contractată, colectarea și prelucrarea datelor din sistemul informațional (cazurile raportate în sistemul DRG, informații privind prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate, raportarea indicatorilor de performanțe profesionale individuale, serviciilor de înaltă performanță în muncă, analiza executării devizului de venituri și cheltuieli, etc);

2) *activitatea de evaluare la sediul prestatorului* include:

a) *ședința de deschidere*, întâlnirea cu reprezentanții Prestatorului pentru prezentarea ordinului cu privire la evaluare, prezentarea echipei de evaluare/reprezentantului CNAM, tematicii și modalitățile de lucru;

b) *procesul de evaluare*, evaluarea corectitudinii și realității tranzacțiilor înregistrate prin examinarea documentelor, concordanța acestora cu actele normative în vigoare, verificarea utilizării eficiente a mijloacelor FAOAM, corespunderea cu clauzele contractuale a volumului, termenelor și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, corectitudinii eliberării medicamentelor compensate;

c) *ședința de închidere*, se organizează cu participarea obligatorie a factorilor de decizie a Prestatorului și include generalizarea și prezentarea rezultatelor evaluării.

**22.** Raportul de evaluare va conține, în mod obligatoriu:



- 1) denumirea completă a Prestatorului adresa, rechizitele bancare, cod fiscal și nr. de contact a Prestatorului;
- 2) tipul evaluării;
- 3) obiectul și temeiul efectuării evaluării;
- 4) date privind aspectele, documentele, care au fost supuse evaluării relevante scopului;
- 5) constatările și rezultatele evaluării;
- 6) referința expresă la prevederile actelor legislative și normative pe care le-a încălcat Prestatorul;
- 7) copiile documentelor examinate care confirmă încălcarea actelor normative în vigoare;
- 8) date privind durata și perioada supusă evaluării;
- 9) explicațiile în scris ale persoanelor responsabile și/sau ale angajaților;
- 10) Numele complet și funcția persoanelor care au efectuat evaluarea.

**23.** Raportul de evaluare este întocmit în două exemplare, care se semnează de ambele părți. Prestatorul este obligat să confirme prin semnătură faptul că a luat cunoștință cu raportul de evaluare, inclusiv și în cazul dezacordului cu faptele expuse în raport. În cazul când Prestatorul refuză să semneze raportul de evaluare, în el se face mențiunea despre refuz.

**24.** Un exemplar al raportului de evaluare cu anexarea documentelor ce confirmă neregulile depistate, se înmânează Prestatorului sau, dacă acesta refuză să-l primească, se expediază prin scrisoarea recomandată, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data întocmirii.

**25.** Prestatorul are dreptul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, în cazul dezacordului cu constatările efectuate de echipa de evaluare/reprezentantul CNAM să prezinte probe suplimentare argumentate documentar.

**26.** Dezacordul se examinează de către CNAM, de comun cu membrii echipei de evaluare/reprezentantul CNAM, în termen de 5 zile lucrătoare.

**27.** Urmare a evaluării se elaborează proiectul Pretenției și Dispoziției, care se prezintă directorului/vicedirectorului general al CNAM spre semnare.

**28. Pretenția** va stabili:

- 1) expres și clar, neregularitățile comise de Prestatorul supus evaluării, cu referințe directe la prevederile legale încălcate;
- 2) cerințe legale privind înlăturarea încălcărilor depistate și restituirea mijloacelor dezafectate inclusiv penalitățile conform prevederilor contractuale;
- 3) termenul în care urmează a fi înlăturate neregularitățile.

**29. Dispoziția** va stabili:

- 1) reținerea sumei prejudiciului cauzat FAOAM din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare sau în conformitate cu graficul stabilit de CNAM de comun cu Prestatorul;



2) măsurile ce urmează a fi întreprinse de subdiviziunile CNAM, urmare a evaluării.

30. Prestatorul este în drept să conteste în instanța de judecată raportul de evaluare respectînd procedura prealabilă.

31. Rezultatele evaluărilor planificate efectuate la instituțiile medico-sanitare publice, se remit pentru informare și întreprinderea măsurilor de rigoare.

#### **IV. Monitorizarea rezultatelor evaluării**

32. Pretenția și Dispoziția se întocmește în termen de 7 zile lucrătoare de la înmînarea raportului de evaluare Prestatorului. Un exemplar al Pretenției se înmînează Prestatorului sub semnătură sau prin scrisoare recomandată.

33. Prestatorul supus evaluării este obligat să înlătore neregularitățile indicate în Pretenție în termen de cel mult o lună de la data înmînării acesteia contra semnătură sau de la data expedierii prin scrisoare recomandată ori în alt termen, mai mic, stabilit expres în Pretenție.

34. La expirarea termenului stabilit, Prestatorul supus evaluării va prezenta, în scris, confirmările de rigoare privind înlăturarea încălcărilor legislației.

35. Aprecierea gradului de executare a revendicărilor din Pretenție, pe baza informației prezentate de către Prestatorul supus evaluării, se stabilește de către șeful echipei de evaluare/reprezentantului CNAM.

36. În cazul în care Prestatorul supus evaluării nu înlătură încălcările stipulate în Pretenție în termenul prevăzut, acestuia i se va aplica penalitatea pentru neexecutarea prescripțiilor și se va emite repetat Pretenția, cu stabilirea unui nou termen de pînă la o lună.

37. În cazul neexecutării Pretenției repetate, Prestatorul poartă responsabilitate conform prevederilor contractuale.

#### **V. Metodologii de evaluare**

##### **A. Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU)**

38. Evaluarea prestării serviciilor medicale în cadrul AMU se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și Ordinului Ministerului Sănătății cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Asistență Medicală Urgentă din RM nr.85 din 30.03.2009.

##### **B. Asistența medicală primară (AMP)**

39. Evaluarea prestării serviciilor medicale în cadrul AMP se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și Normelor de reglementare

a asistenței medicale primare aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.

**40.** În cadrul evaluării serviciilor medicale sub aspect al volumului și calității se va analiza:

1) accesul persoanelor înregistrate la medicul de familie la investigațiile paraclinice;

2) refuzul acordării asistenței medicale persoanelor înregistrate la medicul de familie;

3) corectitudinea prescrierii medicamentelor compensate;

4) constatarea cazurilor în care pacientului i s-a refuzat neargumentat/neîntemeiat prescrierea medicamentului în regim compensat;

5) respectarea modului de eliberare a biletelor de trimitere la servicii de înaltă performanță și spitalizări programate;

6) corectitudinea înregistrării persoanelor la medicul de familie, conform actelor normative în vigoare, etc.

**41.** În cadrul evaluării indicatorilor de performanță se va examina:

1) documentația medicală primară;

2) îndeplinirea indicatorilor în conformitate cu prevederile Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă realizați de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM, aprobat pentru anul de gestiune supus evaluării.

### **C. Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)**

**42.** Evaluarea prestării serviciilor în cadrul AMSA se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic.

**43.** În cadrul evaluării serviciilor medicale sub aspect al volumului și calității se va analiza:

1) accesul persoanelor la investigațiile paraclinice;

2) refuzul acordării asistenței medicale;

3) corectitudinea prescrierii medicamentelor compensate;

4) constatarea cazurilor în care pacientului i s-a refuzat neargumentat/neîntemeiat prescrierea medicamentului în regim compensat;

5) respectarea modului de eliberare a biletelor de trimitere la servicii de înaltă performanță și spitalizări programate conform actelor normative în vigoare.

### **D. Asistența medicală spitalicească (AMS)**

**44.** Prestatorii de servicii medicale spitalicești (contractați după metodele de plată prevăzute în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul



SAOAM pentru anul respectiv) vor fi evaluați în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic.

45. Evaluarea se va efectua pentru anul curent de gestiune, cât și pentru perioada retrospectivă.

46. În procesul evaluării volumului serviciilor medicale raportate CNAM, vor fi aplicate următoarele criterii generale de invalidare:

1) cazul tratat a persoanei neasigurate, dar prezentată ca asigurată;  
2) cazul tratat prezentat spre achitare, care de facto nu a fost efectuat;  
3) cazul tratat prezentat spre achitare, care a fost achitat integral sau parțial de pacient sau de altă persoană fizică sau juridică;

4) cazul de spitalizare neîntemeiată:

a) caz programat – fără bilet de trimitere eliberat în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

b) caz urgent – conform diagnosticului stabilit de secția de internare (DMU, UPU) și după asistența medicală acordată, conform datelor justificative din punct de vedere medical și social, pacientul putea fi tratat în condiții de ambulator;

5) Caz nerezolvat pentru cazurile programate și urgente:

a) monitorizarea insuficientă și tratamentul necorespunzător, cauzat de nerespectarea cerințelor protocolului clinic instituțional sau național și standardului de diagnostic și tratament;

b) externare neîntemeiată: neconfirmarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a ameliorării stării sănătății, lipsa recomandărilor privind continuarea tratamentului în condiții de ambulator, inclusiv și cazurile de abandon și/sau refuz de tratament, necodificat în modul corespunzător;

c) cazul pacientului spitalizat, cu act medical neefectuat, necodificat în modul corespunzător.

6) cazul de transfer în altă instituție – când transferul este efectuat cu aceeași patologie, care era posibil de tratat în instituția dată.

### **Particularități în evaluarea prestatorilor finanțați în bază de DRG (CASE-MIX)**

47. Evaluarea prestatorilor finanțați în bază de DRG (CASE-MIX) va include: respectarea convențiilor și Standardelor de codificare clinică (CIM-10-AM), alocarea corespunzătoare a codurilor din sistemele de clasificare, veridicitatea și plenitudinea datelor precum și corespunderea înregistrărilor din fișa medicală a bolnavului din staționar (în continuare FMBS) pe suport de hârtie cu cele din fișa electronică. În procesul de evaluare a cazurilor raportate în DRG (CASE-MIX) se vor aplica și criteriile generale de invalidare menționate la pct.46 a prezentului Regulament.

48. Selectarea cazurilor pentru evaluare se va efectua în conformitate cu următoarele criterii de risc:



1) cazuri cu impact semnificativ asupra indicelui de complexitate al Prestatorului (numărul DRG - lor frecvente; număr sporit de cazuri grupate într-un anumit DRG; cotă înaltă de cazuri grupate în A-DRG; cazuri cu valori relative mari; număr sporit de cazuri ponderate);

2) cazuri invalidate conform Regulilor din grupa C și setate cu valoarea „Cerere validare”, dar pentru care nu a fost obținut Aviz pozitiv de revalidare;

3) cazuri care din oficiu sunt cunoscute că nu pot fi prestate în cadrul Prestatorului sau nu corespund prevederilor contractuale;

4) cazurile pe anumite tipuri de programe speciale în vederea corectitudinii raportării.

**49.** În toate situațiile menționate la pct.48 vor fi utilizate datele electronice la nivel de pacient, prezentate de către Prestator, inclusiv rezultatele grupării și validării cazurilor.

**50.** Cazurile vor fi invalidate, dacă vor fi constatate următoarele circumstanțe, cu impact asupra grupării cazului:

1) necoresponderea înregistrărilor din FMBS pe suport de hârtie cu cele din fișa electronică (conform Setului minim de date la nivel de pacient);

2) nerespectarea convențiilor și Standardelor de codificare a diagnosticelor și procedurilor medicale în FMBS pe suport de hârtie și/sau în fișa electronică;

3) divergențe între diagnosticile și procedurile (principale și/sau secundare) în format electronic cu datele din FMBS;

4) completări și/sau corecții ale diagnosticelor și procedurilor (principale și/sau secundare), altor date aferente pacientului și epizodului de spitalizare în FMBS pe suport de hârtie, neautorizate de către medicul curant sau consultant;

**51.** Calcularea sumei prejudiciului cauzat în cazurile invalidate la pct.46 și 50 se va efectua după următoarea formulă:

$$\sum_{\text{reținută}} = N_{\text{cazuri invalidate}} \times \text{ICM}_{\text{caz invalidat}} \times \text{Tarif}, \text{ unde}$$

$\sum_{\text{reținută}}$  – valoarea sumară a cazurilor invalidate;

$N_{\text{cazuri invalidate}}$  – numărul cazurilor invalidate menționate în Pretenție;

$\text{ICM}_{\text{caz invalidat}}$  – indicele de complexitate calculat pentru cazurile invalidate;

**Tarif** – tariful în baza căruia a fost contractat Prestatorul, valabil pentru perioada supusă evaluării.

**52.** Pentru cazurile invalidate, Prestatorul nu va efectua corecții în FMBS (suport de hârtie și electronic), dar va seta în câmpul „Stare înregistrare” valoarea „Invalidată după evaluare CNAM” și cazul va fi retransmis CNAM pentru regularizare.

**53.** Efectuarea auditului codificării clinice a diagnosticelor și procedurilor va cuprinde unele eșantioane de cazuri, selectate aleatoriu sau în baza criteriilor de risc.

**54.** Pentru cazurile auditate, se va solicita Prestatorului aplicarea modificărilor (corectarea diagnosticelor și procedurilor incorecte, radierea celor redundante sau după caz înregistrarea celor care urmau a fi codificate) în sistemul DRG, conform listei prezentate.

**55.** Prestatorul, în termen de 5 zile, va solicita definisarea cazurilor, datele



căroră urmează a fi corectate, va opera în sistemul DRG modificările propuse și va retransmite datele corectate.

56. Urmare a regrupării cazurilor, efectuate în rezultatul auditului codificării, calcularea diferenței de cost a cazurilor pînă la/și după auditul codificării se va efectua după următoarea formulă:

$$\sum_{\text{reținută}} = N_{\text{cazuri auditate}} \times \text{ICM}_{\text{pînă la audit}} \times \text{Tarif} - N_{\text{cazuri auditate}} \times \text{ICM}_{\text{după audit}} \times \text{Tarif}, \text{ unde}$$

$\sum_{\text{reținută}}$  – valoarea diferenței sumare a costului cazurilor auditate pînă și după Auditul codificării;

$N_{\text{cazuri auditate}}$  – numărul cazurilor supuse auditului codificării;

$\text{ICM}_{\text{pînă la/după audit}}$  – indicele de complexitate a cazurilor supuse Auditului, calculat pînă la și după audit;

**Tarif** – tariful în baza căruia a fost contractat Prestatorul, valabil pentru perioada supusă evaluării.

### E. Servicii medicale de înaltă performanță

57. Evaluarea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic. În procesul de evaluare lista serviciilor contractate va fi contrapusă cu datele prezentate în darea de seamă despre volumul acordat de servicii medicale de înaltă performanță, Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii de înaltă performanță (F 1-19/r) și numărul Trimiterilor - Extras (F 027/e). Serviciile medicale de înaltă performanță vor fi invalidate, în cazul apariției discrepanțelor dintre datele înregistrate în documentele menționate și/sau constatarea neautenticității serviciului raportat CNAM.

### F. Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

58. Evaluarea prestării îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, Regulamentului cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu și standardului național de îngrijiri medicale la domiciliu. Evaluarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, raportate CNAM, se efectuează în baza documentației medicale primare aprobate în modul stabilit.

59. Datele din darea de seama despre volumul acordat de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu vor fi contrapuse cu datele din Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (F 1-35/r) și fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025/e). Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu vor fi invalidate, în cazul apariției



discrepanțelor dintre datele înregistrate în documentele menționate și/sau constatarea neautenticității serviciului raportat CNAM.

### **G. Eliberarea medicamentelor compensate de către prestatorii farmaceutici**

60. Evaluarea corectitudinii eliberării medicamentelor compensate de către prestatorii farmaceutici se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM și actelor normative ce reglementează activitatea în domeniu.

61. Formularele rețetelor ce urmează a fi supuse evaluării se selectează aleatoriu din rețetele prezentate spre achitare CNAM, care se contrapun cu informația din baza de date privind medicamentele compensate. Evaluarea rețetelor va include corectitudinea prescripțiilor medicale și a datelor obligatorii completate de către farmacist.

62. Evaluarea va include:

1) estimarea nivelului de asigurare a prestatorului cu medicamentele prevăzute în lista medicamentelor compensate, aprobată în modul stabilit;

2) existența permanentă în stoc a produselor comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale, care au prețurile cele mai mici disponibile pe piață;

3) corectitudinea introducerii datelor din formularul de rețetă în sistemul informațional „Medicamente compensate” și veridicitatea informației introduse în raportul despre medicamentele compensate;

4) corectitudinea aplicării adaosului comercial pentru medicamentele compensate.

## **VI. Metodologia privind desfășurarea activității de evaluare asupra utilizării eficiente a mijloacelor provenite din FAOAM**

### **A. Analiza activității financiare**

63. În cadrul evaluării corectitudinii executării devizului de venituri și cheltuieli, se va efectua evaluarea executării mijloacelor FAOAM de către prestator, în baza documentelor justificative, inclusiv pe următoarele aspecte:

1) executarea cheltuielilor pentru remunerarea muncii a fost efectuată în strictă conformitate cu cotele maxime a cheltuielilor pentru salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în SAOAM, stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, CNAM și Sindicatul „Sănătatea” pentru anul respectiv;

2) executarea cheltuielilor pentru medicamente a fost efectuată prin acoperirea necesităților reale pentru fiecare subdiviziune, conform standardelor de tratament, precum și argumentarea documentară a cheltuielilor suportate în cadrul AOAM;

3) executarea cheltuielilor pentru alimentarea pacienților a fost efectuată cu respectarea prevederilor actelor normative în vigoare și prețurilor la produsele



alimentare contractate, precum și argumentarea documentară a cheltuielilor suportate din mijloacele FAOAM;

4) respectarea normativelor stocurilor de valori materiale aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM;

5) executarea cheltuielilor de regie și altor cheltuieli, cu respectarea proporționalității cheltuielilor pe subarticole, reieșind din veniturile obținute sau serviciile prestate în cadrul SAOAM și celor prestate din alte surse;

6) valorificarea cotelor minime a cheltuielilor planificate pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic al AOAM.

## **B. Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii**

**64.** În cadrul evaluării cheltuielilor pentru retribuirea muncii se va examina:

1) corectitudinea stabilirii grilelor salariilor de funcție pentru fiecare categorie de angajați conform prevederilor Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în SAOAM;

2) corectitudinea stabilirii sporurilor și suplimentelor la salariu de bază;

3) corectitudinea și corespunderea efectivului real al angajaților conform normativelor stabilite pe tipuri de asistență medicală, în scopul stabilirii neadmiterii plăților suplimentare în legătură cu majorarea neîntemeiată a normativului personalului;

4) corectitudinea calculării și acordării sporurilor, ajutorului material și premiilor achitate din fondul de salarizare;

5) corectitudinea calculării și achitării salariului pentru munca în cumul a angajaților;

6) corectitudinea calculării salariilor de funcție și a adaosului pentru activitatea pe specialitate a conducătorilor instituțiilor.

**65.** Echipa de evaluare/reprezentantul CNAM va examina ordinele emise în legătură cu schimbarea vechimii în muncă, studiile, ordinele de sancționare, etc., va contrapune datele din listele de calcul a salariului cu transferurile efectuate la conturile de card bancar a angajaților.

**66.** În cadrul evaluării corectitudinii cheltuielilor alocate pentru retribuirea muncii se vor contrapune totalurile din listele de plată și reflectarea acestora în evidența contabilă. Ca rezultat se va stabili:

1) dacă au fost calculate corect în listele de plată totalurile la plata salariului pentru fiecare angajat în parte și în total pe listele de plată;

2) dacă s-au înregistrat corect sumele calculate și achitate prin contrapunerea listelor salariului calculat cu listele sumelor transferate la conturile de card bancar a angajaților;

3) dacă nu au fost admise cazuri de calculare concomitentă a salariului și indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă pentru aceeași perioadă;



4) dacă sumele salariului calculat pe lună corespund sumelor reflectate în creditul contului 531 „Decontări cu personalul privind retribuirea muncii” (subconturile respective).

67. În cadrul evaluării se va aprecia corectitudinea angajării prin cumul a angajaților pentru excluderea calculării duble a plăților salariale pentru unele și aceleași ore de activitate în funcția de bază și prin cumul.

### **C. Legalitatea cheltuielilor pentru alimentarea pacienților**

68. În cadrul evaluării utilizării eficiente a mijloacelor financiare pentru alimentarea pacienților se va verifica plenitudinea înregistrării în evidența contabilă a produselor alimentare achiziționate, corectitudinea trecerii lor la cheltuieli, precum și formarea soldurilor produselor alimentare la sfârșitul perioadei de gestiune prin contrapunerea datelor evidenței contabile cu cele indicate în darea de seamă F. 1-16/d.

69. În cazul depășirii sau nevalorificării mijloacelor planificate la articolul alimentarea pacienților, se va evalua corespunderea cheltuielilor reale conform normelor și a sumelor planificate la articolul dat.

70. Recepționarea produselor alimentare se va evalua prin verificarea înscrierilor în documentele primare cu înscrierile în borderoul cumulativ lunar, precum și prin verificarea corectitudinii înscrierii rezultatelor în borderoul cumulativ, în baza documentelor primare (facturi fiscale, acte de achiziție, etc.) în expresie cantitativă și valorică.

71. Evaluarea corectitudinii trecerii la cheltuieli a produselor alimentare se efectuează prin verificarea înscrierilor din meniurile-cerere (meniurile de repartiție) cu cele din borderoul cumulativ privind consumul de produse alimentare pentru fiecare persoană gestionară, confruntarea acestora cu datele din secția de internare și statistică medicală.

72. Se vor evalua corecțiile efectuate în cazul modificării numărului pacienților prezenți pentru alimentare la dejun din ziua curentă față de numărul de pacienți din ziua precedentă (internați sau externați), cu contrapunerea datelor din registru de evidență a pacienților din secția.

73. În cadrul evaluării corectitudinii evidenței produselor alimentare se va stabili:

1) dacă au fost confirmate înscrierile în borderourile cumulative de consum a produselor alimentare cu meniuri-cereri zilnice;

2) dacă documentele de primire a produselor în blocul alimentar corespund cu documentele primare din contabilitate;

3) dacă a fost asigurată corectitudinea trecerii la cheltuieli a produselor alimentare în baza bonurilor de consum.

74. În cadrul evaluării corectitudinii atribuirii cheltuielilor pentru alimentarea pacienților se va ține cont de cota cheltuielilor atât pentru persoanele asigurate și neasigurate diagnosticate cu maladii social-condiționate cu impact major asupra



sănătății publice cât și a cheltuielilor pentru persoanele care au beneficiat de servicii contra plată, conform calculului (raportul dintre cheltuielile totale pentru alimentare și numărul zile/pat total în instituția medicală înmulțit la numărul zile/pat persoane asigurate).

75. În cadrul evaluării va fi examinată corespunderea stocului de produse alimentare la depozit și blocul alimentar cu datele evidenței contabile și documentelor primare, pentru a stabili plenitudinea produselor alimentare, termenul de valabilitate, calitatea produselor achiziționate, etc.

76. Procesul de alimentare a pacienților, precum și completarea formularelor de evidență a activității serviciului dietetic va fi evaluat prin prisma Regulamentului de organizare a alimentației pacienților în instituțiile medico-sanitare spitalicești, aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

#### **D. Legalitatea cheltuielilor suportate pentru medicamente, articole parafarmaceutice și consumabile utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM**

77. Evaluarea compartimentului menționat ține să asigure corectitudinea ținerii evidenței contabile a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor (în continuare - medicamente), corectitudinea întocmirii documentației și legalitatea operațiunilor efectuate, precum și gestionarea eficientă a mijloacelor financiare, prevăzute pentru achiziționarea medicamentelor.

78. În cadrul evaluării se va analiza planificarea corectă a mijloacelor pentru achiziționarea medicamentelor, întru asigurarea continuă a prestatorului cu medicamente.

79. La evaluarea corectitudinii planificării mijloacelor financiare destinate pentru achiziționarea medicamentelor se va ține cont de determinarea valorii consumului mediu pentru un bolnav la un curs de tratament, a medicamentelor incluse în Formularul Farmacoterapeutic elaborat în conformitate cu standardele medicale de diagnostic și tratament și prețurile la medicamente conform contractelor.

80. Se va evalua corectitudinea procesului de desfășurare a achizițiilor de medicamente (descentralizat), precum și verificarea selectivă a executării contractelor de achiziție.

81. Evaluarea asigurării prestatorului cu sortimentul necesar de medicamente se va efectua prin analiza unui eșantion de bonuri de comandă-livrare, prin contrapunerea sortimentului și cantității solicitate de către secții și eliberate de către farmacia prestatorului. În cazul eliberării unor cantități mai mici decât cele solicitate se va analiza cauzele care au condiționat lipsa medicamentelor.

82. Echipa de evaluare va analiza corectitudinea distribuirii, evidența și decontarea medicamentelor utilizând următoarele metode:



1) asigurarea de către farmacie, contabilitate și secțiile prestatorului a evidenței cantitativ-valorice a medicamentelor și a altor produse farmaceutice, conform prețurilor de achiziții;

2) respectarea principiului de bază al distribuirii medicamentelor în spital și anume, eliberarea medicamentelor pacientului concret pentru care se întocmește Bonul de comandă-livrare personal;

3) contrapunerea Raportului de gestiune, întocmit de farmacist, cu dările de seamă privind consumul de medicamente în secții, laboratoare, etc. și cu fișele de indicații;

4) evaluarea corectitudinii datelor privind cheltuielile efective incluse în darea de seamă F. 1-16/d prin metoda sumării cheltuielilor de medicamente achiziționate din contul FAOAM reflectate în rapoartele de gestiune pe toate secțiile și pe toată perioada de gestiune;

5) evaluarea corectitudinii datelor privind cheltuielile de casă incluse în darea de seamă F. 1-16/d prin metoda sumării transferurilor bănești din extrasele bancare pe perioada de gestiune;

6) efectuarea inventarierii selective a medicamentelor în farmacie și în secțiile prestatorului supus evaluării.

**83.** În cazul stabilirii lipsurilor/surplusurilor în rezultatul inventarierii, lipsurile se vor dispune spre recuperare din contul persoanelor vinovate, iar surplusurile vor fi reflectate în evidența contabilă la conturile corespunzătoare.

#### **E. Corectitudinea reflectării cheltuielilor la articolul „Alte cheltuieli”**

**84.** Evaluarea compartimentului menționat ține să asigure corectitudinea raportării cheltuielilor utilizate, exclusiv, pentru prestarea serviciilor în cadrul SAOAM.

**85.** În procesul de evaluare se va analiza respectarea prevederilor actelor normative privind alegerea de către prestator a metodei de raportare a cheltuielilor suportate din mijloacele FAOAM și expunerea acestuia în Politica de contabilitate.

**86.** Evaluarea compartimentului prenotat se va axa pe utilizarea eficientă a mijloacelor FAOAM, exclusiv pentru realizarea condițiilor contractuale și respectarea proporționalității atribuirii cheltuielilor pe subarticole de cheltuieli, reieșind din veniturile obținute sau serviciile prestate în cadrul SAOAM și celor prestate din alte surse.

#### **F. Recuperarea mijloacelor FAOAM și aplicarea penalităților**

**87.** În conformitate cu prevederile Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală:

1) pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluării, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de



utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care vor fi transferate la contul CNAM;

2) în cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate din FAOAM precum și pentru eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, fapt care a prejudiciat FAOAM, se va percepe suma prejudiciată și se va aplica o penalitate în mărime de 5% din suma compensată, care se va transfera la contul CNAM;

3) în cazul constatării înregistrărilor duble a persoanelor la medicul de familie, precum și lipsa cererilor completate de persoană în modul stabilit, se va reține suma aferentă, conform tarifului stabilit în Contract, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și se va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută care va fi transferată la contul CNAM;

4) în cazul constatării înscrierilor neautentice 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, se va reține suma aferentă, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și se va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută care va fi transferată la contul CNAM;

5) în cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, se va aplica o penalitate de 30% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate și vor înainta cerințe legale Prestatorului de a restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.

6) 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 acestora. În cazul neexecutării repetate a pretenției, se va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

**88.** În conformitate cu prevederile Contractului privind eliberarea către persoanele înregistrate la medicul de familie a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală:

1) în cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată eliberarea neregulamentară a medicamentelor compensate se vor înainta cerințe legale privind transferarea sumei primită nejustificat pe contul CNAM, împreună cu o amendă de 10% din această sumă;

2) în cazul introducerii eronate a datelor din formularul de rețetă în sistemului informațional „Medicamente compensate” se va aplica o penalitate în mărime de 5% din suma compensată per rețetă, care se va transfera la contul CNAM.

**89.** Valoarea cazurilor tratate care cad sub incidența criteriilor de invalidare prevăzute în cap.V al prezentului Regulament, se va reține din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.



90. În cazul măririi neargumentate a costului cazului tratat, urmare a auditului codificării, se va reține diferența de cost a cazurilor de pînă la și după auditul codificării, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

91. În cadrul evaluărilor se va ține cont de obligațiunile și responsabilitățile Prestatorilor stipulate în condițiile speciale la contract.