



**Decizie nr.2/13
din 28 martie 2025**

Cu privire la coordonarea devizelor de venituri și cheltuieli ale IMSP CS Ocnița, IMSP CS Frunză, IMSP CS Otaci.

În temeiul art. 43 (1), lit. q) din Legea privind administrația publică locală nr.436-XVI din 28 decembrie 2006, Legii nr.100/2017 cu privire la actele normative, Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, în baza modificărilor și completărilor ulterioare, Consiliul raional:

DECIDE

1. Se coordonează devizele de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan) ale Instituțiilor Medico-Sanitare Publice Centrele de Sănătate din teritoriul administrat și contractele de prestare a serviciilor medicale semnate de Centrele de Sănătate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină pe anul 2025, după cum urmează:

- Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Ocnița, conform anexei nr.1, parte componentă a prezentei decizii;
- Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Frunză, conform anexei nr.2, parte componentă a prezentei decizii;
- Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Otaci, conform anexei nr.3, parte componentă a prezentei decizii.

2. Se pune în sarcina conducătorilor instituțiilor medicale nominalizate la pct.1, executarea prevederilor prezentei decizii și gestionarea eficientă a mijloacelor financiare, conform devizului de venituri și cheltuieli.

3. Se desemnează responsabil de controlul executării prezentei decizii Președintele raionului, Domnul Iurie PLOPA.

4. Prezenta decizie intră în vigoare din momentul publicării acesteia în Registrul de Stat al Actelor Locale.

Președintele ședinței

Secretarul Consiliului raional



Ivan Cațur

Alexei Galușca

Devizul
de venituri si cheltuieli (business-plan)
din mijloacele fondurilor asigurarii obligatorii de asistenta medicala
pe anul 2025
IMSP Centrul de Sanatate Ocnița

or.Ocnița ,str.Independentei 64

Temeiul (Nr. si data contractului) 05-08/170 din 31.i.2024

lei

Componenta veniturilor/cheltuielilor	AMP	IMD	Tipul de asistenta medicala	Total aprobat
II. VENITURI, total	26.739.923.83	2.176.500.00	0.00	28.916.423.83
inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
1. Suma contractuala	26.551.541.63	2.152.541.00	0.00	28.704.082.63
2. Dobanda calculata la soldurile banesti	0.00	0.00	0.00	0.00
3. Alte venituri	188.382.20	24.359.00	0.00	212.741.20
III. CHELTUIELI, total	27.156.100.16	2.364.725.94	0.00	29.520.826.10
inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
1. Cheltuieli de personal	25.881.224.39	2.146.700.40	0.00	28.027.924.79
(a). Retribuirea muncii	19.258.056.38	1.731.210.00	0.00	20.989.266.38
inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
2. Fondul de baza al salariului	18.583.158.38	1.605.234.00	0.00	20.188.392.38
Indicatorii de performanta	675.700.00	125.976.00	0.00	801.676.00
(b). Contributii de asigurari sociale de stat obligatorii	4.622.366.01	415.490.40	0.00	5.037.856.41
2. Alimentarea pacientilor	0.00	0.00	0.00	0.00
3. Medicamente si dispozitive medicale	490.577.12	50.598.22	0.00	541.175.34
4. Alte cheltuieli, total	2.784.298.65	167.427.32	0.00	2.951.725.97
inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
credite bancare, imprumuturi	0.00	0.00	0.00	0.00
Procurarea imobilizatorilor necorporale, mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00	0.00
Reparatia capitala a mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00	0.00
III. SOLDUL MIJLOACELOR BANESTI	438.341.05	510.494.06	0.00	948.835.11
1. La inceputul anului	22.164.72	322.638.12	0.00	344.802.84
2. La sfirsitul anului				

Secretarul Consiliului raional

Alexei Galușca

Notă explicativă
la devizul de venituri și cheltuieli Business – plan
al IMSP „Centrul de Sănătate Ocnița” pentru anul 2025
conform Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestate a serviciilor medicale) în
cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/170 din 31.12.2024.

I
Asistență medicală primară

I. Venituri, total - 26 739 923,83 lei

inclusiv:

Suma contractuală (Per capita) – 26 551 541,63 lei

Alte venituri (Datorie CNAM la 01.01.2025) – 188 382,20 lei

II. Cheltuieli, total – 27 156 100,16 lei , inclusiv:

Datorie creditoare la 01.01.2025 - 208 687,33 lei

datorie Debitoare la 01.01.2025 - 22 164,72 lei

Soldul mijloacelor bănești la începutul anului - 438 341,05 lei

Soldul mijloacelor bănești la sfârșitul anului - 22164,72 lei

inclusiv:

1. Cheltuieli de personal : 23 881 224,39 lei

inclusiv:

- Retribuirea muncii (Anexa nr. 1a) : 19 258 858,38 lei ,

inclusiv:

fondul de bază al salariu : **18 583 158,38 lei**

inclusiv: datorii Creditoare la 01.01.2025 - 72,38 lei

datorii Debitoare la 01.01.2025 -1000,00lei

$(18\,584\,086,00\text{ lei} + 72,38\text{ lei} - 1000,00\text{ lei}) = 18\,583\,158,38\text{ lei}$

indicatori de performanță (bonificația) – **675 700,00 lei**

inclusiv: personal de conducere - 291 480,00 lei

- Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii – 4 622 366,04 lei.

(Conform Legii bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2024 nr. 419/2023 din 28.12.2023)

$19\,259\,858,38\text{ lei} \times 24\% = 4\,622\,366,04\text{ lei}$

2. Medicamente și dispozitive medicale - 490 577,12 lei

inclusiv: datorii creditoare la 01.01.2025 - 0,00 lei

Calculat pentru anul 2025 (Anexa 6) - 490 577,12 lei

3. Alte cheltuieli, total – 2 784 298,65 lei

inclusiv: datorie Creditoare la 01.01.2025 - 208 614,95 lei

datorie Debitoare la 01.01.2025 - 21 164,72 lei

inclusiv:

- Reparația curentă a mijloacelor fixe efectuate de terți: - 0,00 lei

Perfecționarea cadrelor : 191 745,00 lei (anexa nr.8)

inclusiv: datorii Debitoare la 01.01.2025 -1347,00lei

(193092,00 lei -1347,00 lei)=191 745,00 lei

- Conform Planului de perfecționare a cadrelor IMSP „CS Ocnita ” pe anul 2025. Cheltuielile se planifică pentru on-line instruire. Normele diurnelor și de cazare calculate conform Regulamentului cu privire la delegarea salariaților entităților din RM, aprobate prin HG nr. 10 din 05.01.2012 și modificare prin HG nr.1058 din 21.12.2023

- Tarifele la transportul de călătorii și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordin Ministerul Economiei și Infrastructurii nr.200 din 27.12.2023.

Costul drumurilor (tur/retur):

- Chișinău 250 km *0,75 lei/km = 187,50 lei*2(tur/retur)=375,00 lei,

- Bălți 126 km*0,75 lei/km = 94,50 lei*2(tur/retur)=189,00 lei,

Funcția	Nu mă rul de per son al	Du rat a ciel ului /zil e	Preț la 1 ciclu	Suma totală ciclului 2*4	Diurnă			Cazarea			Drumuri	Suma totală (lei)
					Nr. zile	Cost t/zi	Suma 6*7	Nr. zile	Cost/ zi	Suma 9*10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Medici	1	17	4308	4308	17	250	4250	16	110	1760	375	10693
	2	17	4096	8192	34	250	4250	32	110	3520	750	16712
	5	16	3072	15360	80	250	20000	75	110	8250	1875	45485
	1	10	2744	2744	10	250	2500	9	110	990	375	6609
	2	5	1024	2048	10	250	2500	8	110	880	750	6178
Total medici				32652			33500			15400	4125	85677
Asistente medicale	1	40	7000	7000	40	250	10000	39	75	2925	189	20114
	5	26	4350	21750	130	250	32500	125	75	9375	945	64570
	1	17	3500	3500	17	250	4250	16	75	1200	189	9139
	1	12	2600	2600	12	250	3000	11	75	825	189	6614
	2	5	1750	3500	10	250	2500	8	75	600	378	6978
Total asistente medicale				38350			52250			14925	1890	107415
TOTAL				71002			85750			30325	6015	193092

Combustibil total - 549 773,88 lei

inclusiv: datorie creditoare la 01.01.2025 – 56 904,09 lei

datorie Debitoare la 01.01.2025 - 12 344,41lei

din care:

Produse petroliere: 154 890,55 lei

inclusiv: datorii Debitoare la 01.01.2025 - 10 017,25lei

(164 907,80 lei -10 017,25lei)= 154 890,55 lei

Calculule sunt efectuate respectînd Normele de consum de combustibil și materiale lubrefiante, aprobate de către Ministerul Transportului și Gospodăriei Drumurilor prin ordin nr.172 din 09.12.2005 și ordin intern nr.15 din 26.02.2021 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și materialelor lubrefiante”.

Nr. d/o	Subdiviziunea, marca automobilului	Normativ de benzină iarna			Normativ de benzină vara			Cantitatea litre pe an r.5+r.8	Suma, (preț A 95- 21,42) lei r.9*21.42
		Norma litri/ 100km	Km iarna	Norma litri r.3*r.4 /100	Norma litri/ 100km	Km vara	Norma litri r.6*r.7 /100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	CS Ocnita/ CEVROLET- AVEO OCAM102	8,0	4375	350	8,0	3750	300	650	13923,00
2	CS Ocnita / Fiat OCMF001	8,4	4167	350	8,4	3571	300	650	13923,00
3	OMF Hadarauti CEVROLET-	8,0	4375	350	8,0	3750	300	650	13923,00

c) Stoc la 01.01.2025 - 39 680,00 lei

Gaze: - 255 483,33 lei

inclusiv: datorie Creditoare la 01.01.2025 – 56 904,09 lei
datorie Debitoare la 01.01.2025 - 2 327,16 lei
(200 906,40 lei+56904,09lei-2 327,16 lei)=255 483,33 lei

Conform indicațiilor la contoare pe anul 2025- și Contractul nr.05/3027 din 19.11.2019 încheiat cu SA „Moldovagaz”. Tariful aprobat conform Hotărârii Consiliului de Administrație al ANRE nr. 686 din 29.11.2024 la gazele naturale (de joasă presiune) furnizate de furnizorul S.A. „Moldovagaz”

Denumirea subdiviziunilor	Cantitatea (m3)	Costul 1 m3 (15,502 lei * 8%)	Suma
OMF Lipnic	1500	16,7422	25113,30
OMF Clocusna	2500	16,7422	41855,50
OMF Birnova	2500	16,7422	41855,50
OMF Ocnita	2000	16,7422	33484,40
OMF Hadarauti	2000	16,7422	33484,40
OMF Reditul Mare	1500	16,7422	25113,30
TOTAL	12000	16,7422	200906,40

- Energie electrică: - 1 061 238,11 lei

inclusiv: datorie creditoare la 01.01.2025 – 138648,44 lei
datorie Debitoare la 01.01.2025 - 2223,31 lei
(924 812,98lei +138 648,44lei-2223,31lei)=1 061 238,11 lei

Tariful pentru furnizarea energiei electrice de către S.A. „Furnizarea Energiei Electrice Nord”, aprobate în baza Hotărârii Consiliului de Administrație al ANRE nr. 13 din 03.01.2025 ce constituie 4,68 lei/kWh (fără TVA) pentru luna ianuarie-decembrie 2025 :

12062 kWh *2,84*20% = 41107,30 lei (01.01.2025-09.01.2025)
157355 kWh *4,68*20% = 883705,68 lei (10.01.2025-31.12.2025)

Total: 924 812,98 lei

- Apa și canalizarea, salubritatea: - 91 353,66 lei. (anexa nr.9)

(inclusiv: datorie creditoare la 01.01.2025 – 22,66 lei)

Contractul nr.2-AC din 02 ianuarie 2025 vizînd livrarea apei și recepționarea apelor uzate este încheiat cu Î.M. „Apă – Canal” Ocnita. . Tariful aprobat în conformitate cu decizia Consiliului orașenesc Ocnita nr.01/04 din 11.02.2015.

Denumirea subdiviziunilor	Apă			Reziduri			Suma totală 4+7
	Cantitatea m3	Pret 1 m3 (39,95*20% TVA)	Suma,lei 2*3	Cantitatea m3	Pret 1 m3(36,33*20% TVA)	Suma,lei 5*6	
I	2	3	4	5	6	7	8
CS Ocnita	950	47,94	45543,00	950	43,60	41420,00	86963,00
Evacuarea deseurilor:							
Denumirea subdiviziunilor	Cantitatea m3	Pret 1 m3 (120*20% TVA)	Suma,lei 2*3				Suma totală 4+7

1	2	3	4	5	6	7	8
CS Ocnita	28	156,00	4368,00				4368,00
							91331,00
TOTAL							

- **Deplasări în interes de serviciu:** - 4 506,00 lei (anexa nr.13)

Tarifele la transportul de călători și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordinul Ministerului Economiei și Infrastructurii nr.200 din 27.12.2023.

Calculele s-au efectuat în baza cheltuielilor anului precedent.

Chișinău 250 km *0,75 lei/km = 187,50 lei*2(tur/retur) = 375 lei x 10 deplasări = 3750,00 lei

Bălți 126 km*0,75 lei/km = 94,50 lei*2(tur/retur)= 189 lei x 4 deplasări = 756,00 lei

- **Alte cheltuieli:** 687 649,00 lei (Anexa nr 5)

inclusiv: datorie Creditoare la 01.01.2025 - 4271,76 lei

datorie Debitoare la 01.01.2025 - 5 250,00 lei

(688 627,24 lei+4271,76lei-5 250lei)=687 649,00 lei

- **Procurarea imobilizărilor necorporale, mijloacelor fixe** - 0(zero), lei,

- **Reparația capitală a mijloacelor fixe** - 0,00 lei

Cheltuieli pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori - 198 033,00 lei (anexa nr.10)

(inclusiv : datorie creditoare la 01.01.2025 - 8768,00 lei)

Servicii medicale paraclinice se planifică în conformitate cu Anexei nr.4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (HG nr 1020 din 29.11.11.cu modificările ulterioare),

inclusiv:

- Servicii de radiografie - 10 000,00 lei

Contract nr. 1/10 din 03.01.2025 este încheiat cu IMSP SR Ocnita.

- Investigatii de laborator - 105000,00 lei.

Contract nr. 62/25 -/SM/ME-B/ din 30.12.2024 este încheiat cu SC Imunotehnomed"SRL

-Servicii de endoscopie - 10 000,00 lei

Contract nr.07 din 28.02.2025 este încheiat cu „Endocasimed”SRL

-Servicii de imagistica - 10 000,00lei

Contract nr.07 din 28.02.2025 este încheiat cu „Endocasimed”SRL

-Investigatii de laborator - 54 265,00 lei

Contract nr.02/01 din 06.01.2025 este încheiat cu ANSP,CSP Edinet

Suplimentar se anexeaza Serviciile medicale paraclinice , specificate în anexa nr.4 la Programul Unic al AOAM , care se planifică de a fi prestate în cadrul IMSP CS Ocnita , pentru anul 2025

II

Îngrijiri Medicale Comunitare și la Domiciliu

I. Venituri, total - 2 176 900,00 lei

inclusiv:

Suma contractuală (Per capita) - 2 152 541,00lei

Alte venituri(Datorie Debitoare CNAM la 01.01.2025) - 24 359,00 lei

II. Cheltuieli, total - 2 364 725,94 lei ,

inclusiv:

din alte venituri 0,00 lei

din soldul mijloacelor bănești la începutul anului - 322 668,12 lei

inclusiv:

1. Cheltuieli de personal : 2 146 700,40 lei

inclusiv:

- **Retribuirea muncii** (Anexa nr. 1a) : **1 731 210,00 lei** ,

inclusiv:

fondul de bază al salariu – 1 605 234,00 lei,

indicatori de performanță (bonificația) – 125 976,00 lei

- **Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii – 415 490,40 lei.**

(Conform Legii bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2024 nr. 419/2023 din 28.12.2023)

(1 731 210,00 lei x 24 %) = 415 490,40 lei

2. Medicamente și dispozitive medicale - 50 598,22 lei

Planificat pentru anul (anexa nr.6)

Calculat estimativ pentru 2025 – 48 704,67 lei (Anexa nr. 3)

3. Alte cheltuieli, total – 167 427,32 lei

inclusiv:

- **Reparația curentă a mijloacelor fixe efectuate de terți: - 0(zero) lei**

Perfecționarea cadrelor - 21 538 ,00 lei (anexa nr.16 și nr.17)

- Conform Planului de perfecționare a cadrelor IMSP „CS Ocnita ” pe anul 2025.

Cheltuielile se planifică pentru on-line instruire. Normele diurnelor și de cazare calculate conform Regulamentului cu privire la delegarea salariaților entităților din RM, aprobate prin GH nr. 10 din 05.01.2012 și modificare prin GH nr.740 din 18.09.2017

- Tarifele la transportul de călătorii și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordin Ministerul Economiei și Infrastructurii nr.200 din 27.12.2023.

Costul drumurilor (tur/retur):

- Chișinău 250 km *0,75 lei/km = 187,50 lei*2(tur/retur)=375,00 lei,

- Bălți 126 km*0,75 lei/km = 94,50 lei*2(tur/retur)=189,00 lei,

Funcția	Nu măr ul de pers onal	Dur ata ciclu lui/z ile	Preț la 1 ciclu	Suma totală ciclu 2*4	Diurnă			Cazarea			Drumur i	Suma totală (lei)
					Nr. zile	Cost/ zi	Suma 6*7	Nr. zile	Cost/z i	Suma 9*10		5+8+11+ 12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Centrul Comunitar de Sanatate Mintala												
Medici												
	1	19	4096	4096	19	250	4750	18	110	1980	375	11201
TOTAL												11201
Centrul de Sanatate Prietenos Tinerilor												
Medici												

	1	20	2872	2872	20	250	5000	19	110	2090	375	10337
TOTAL												10337
TOTAL												21538

Combustibil total - 41 129,64 lei

din care:

Produse petroliere: 41 129,64 lei / Vizite la Domiciliu/

Calculule sunt efectuate respectînd Normele de consum de combustibil și materiale lubrefiante, aprobate de către Ministerul Transportului și Gospodăriei Drumurilor prin ordin nr.172 din 09.12.2005 și ordin intern nr.15 din 26.02.2021 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și materialelor lubrefiante”.

Nr. d/o	Subdiviziunea, marca automobilului	Normativ de benzină iarna			Normativ de benzină vara			Cantitatea litre pe an r.5+r.8	Suma, (preț A 95-21,42) lei r.9*21,42
		Norma litri/100km	Km iarna	Norma litri r.3*r.4 /100	Norma litri/100km	Km vara	Norma litri r.6*r.7 /100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	CS Ocnita/CEVROLET-AVEO OCAM102	8,0	1125	90	8,0	813	65	155	3320,10
2	CS Ocnita / Fiat OCMF001	8,4	1071	90	8,4	774	65	155	3320,10
3	OMF Hadarauti CEVROLET-AVEO OCAM103	8,0	1125	90	8,0	813	65	155	3320,10
4	OMF Lipnic / Fiat OCMF003	8,4	1071	90	8,4	774	65	155	3320,10
5	OMF Birladeni / Suzuki OCAK345	9,5	1052	100	9,5	684	65	165	3534,30
6	OMF Dingeni / Fiat OCMF005	8,4	1071	90	8,4	774	65	155	3320,10
7	OMF Grinauti Moldova / Fiat OCMF004	8,4	1071	90	8,4	774	65	155	3320,10
8	OMF Clocusna CEVROLET-AVEO OCAM104	8,0	1125	90	8,0	813	65	155	3320,10
9	CS Ocnita/RENAUL KANGO CNJ691	8,0	1138	91	8,0	813	65	156	3341,52
	TOTAL	x	9849	821	x	7032	585	1496	30116,52

Plan 2025 - 41 129,64 lei

a) Necesitatea anul 2025 - 30116,52 lei (efectiv anexa nr.6)

b) Datorii creditoare la finele anului 2023 -0,00 lei.

c) Norma p/u 100 zile anul 2024 - 11013,12 lei (cheltuielile efective p/u anul 2024 (40197,90 lei/365 zile*100 zile)

d) Stoc la 01.01.2024 - 0,00 lei.

- Cărbune și lemne -- 0,00 lei (Zero lei)

- Gaze: - 0,00 lei (Zero lei)

- Energie electrică: - 67 260,67 lei
inclusiv :

Centrul Comunitar de Sanatate Mintala -- 36 838,15 lei
Centrul de Sanatate Prietenos Tinerilor -- 30 422,52 lei

Tariful pentru furnizarea energiei electrice de către S.A. „Furnizarea Energiei Electrice Nord”, aprobat în baza Hotărârii Consiliului de Administrație al ANRE nr. 13 din 03.01.2025 ce constituie 4,68 lei/kWh (fără TVA) pentru luna ianuarie-decembrie 2025 :

CCSM/

429 kWh * 2,84 * 20% = 1462,03 lei (01.01.2025-09.01.2025)
7559 kWh * 4,68 * 20% = 35376,12 lei (10.01.2025-31.12.2025)

Total: 36 838,15 lei

CSPT/

342 kWh * 2,84 * 20% = 971,28 lei (01.01.2025-09.01.2025)
6293 kWh * 4,68 * 20% = 29451,24 lei (10.01.2025-31.12.2025)

Total: 30422,52 lei

- Apa și canalizarea, salubritatea: - 5 201,00 lei. (anexa nr.11 și nr.12)

Contractul nr.2-AC din 02 ianuarie 2025 vizând livrarea apei și recepționarea apelor uzate este încheiat cu Î.M. „Apă – Canal” Ocnița. Tariful aprobat în conformitate cu decizia Consiliului orașenesc Ocnița nr.01/04 din 11.02.2015.

Denumirea subdiviziunilor	Apă			Reziduri			Suma totală 4+7
	Cantitatea m3	Preț 1 m3 (39,95*20% TVA)	Suma, lei 2*3	Cantitatea m3	Preț 1 m3 (36,33*20% TVA)	Suma, lei 5*6	
I	2	3	4	5	6	7	8
CSPT	25	47,94	1198,50	25	43,60	1090,00	2288,50
CCSM	25	47,94	1198,50	25	43,60	1090,00	2288,50
Evacuarea deseurilor							
Denumirea subdiviziunilor	Cantitatea m3	Preț 1 m3 (120*20% TVA)	Suma, lei 2*3				Suma totală 4+7
I	2	3	4	5	6	7	8
CSPT	2	156,00	312,00				312,00
CCSM	2	156,00	312,00				312,00
TOTAL							5201,00

- Deplasări în interes de serviciu: - 2 256 ,00 lei (anexa nr.14 și anexa nr.15)

Tarifele la transportul de călători și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordinul Ministerului Economiei și Infrastructurii nr.200 din 27.12.2023.

Calculul s-a efectuat în baza cheltuielilor anului precedent.
inclusiv : Centrul Prietenos Tinerilor -- 1128,00 lei

- Chișinău 250 km * 0,75 lei/km = 187,50 lei * 2 (tur/retur) = 375 lei x 2 deplasări = 750,00 lei
- Bălți 125 km * 0,75 lei/km = 94,50 lei * 2 (tur/retur) = 189 lei x 2 deplasări = 378,00 lei

inclusiv : Centrul Comunitar de Sanatate Mintala --1128,00 lei

- Chişinău 250 km *0,75 lei/km = 187,50 lei*2(tur/retur) = 375 lei x 2 deplasări = 750,00 lei
- Bălţi 126 km*0,75 lei/km = 75 lei*2(tur/retur)= 189 lei x 2 deplasări = 378,00 lei

inclusiv : - Alte cheltuieli: **30 042,01 lei** (Anexa nr 5)
Centrul Prietenos Tinerilor - 4 942,01 lei
Centrul Comunitar de Sanatate Mintala- 25 100,00 lei

- Procurarea imobilizărilor necorporale, mijloacelor fixe - **0(zero), lei,**
Conform deciziei Consiliului Administrativ nr. din
inclusiv:

- Reparația capitală a mijloacelor fixe - **0(zero), lei,**
Conform deciziei Consiliului Administrativ nr. din
inclusiv:

- Cheltuieli pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori - **0(zero), lei**

Şeful IMSP „CS Ocnita”

Natalia Liciu

Economist

Silvia Seinic

CONTRACT

de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/170

mun. Bălți

“31” decembrie 2024

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională 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 acționează 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 și Prestatorului de servicii medicale (în continuare – Prestator) Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Ochișă”, reprezentată de către dna Natalia Liciu, șefă, care acționează în baza Regulamentului, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

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 **28 704 082 MDL 63 bani** (douăzeci și opt milioane șapte sute patru mii optzeci și doi MDL 53 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr. 1-3 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;
- 7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență 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 cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

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

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 nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor 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 asistență medicală;

13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și 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 și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la 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 cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) 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 stabilite 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;

17) 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, factură 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;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, 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 ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, 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 sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) 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 a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) 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 fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

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

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

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

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

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

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) 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 asistența medicală specificată în Programul unic și 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 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 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 și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu 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 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 internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și 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-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

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

7) 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 Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și 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. 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 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 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 influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) 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 limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a 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, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, 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 constatat;

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 diagnosticilor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea 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. Mărimea 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. 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 reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. 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 sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul 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 ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară 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 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025.

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 modifică 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, în următoarele cazuri:

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

2) 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) înfișierea procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

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

5) refuzul 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 îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței 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 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 Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA 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 celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când 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 celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 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 de la 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 10 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 expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la 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.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

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

Prestatorul
IMSP „Centrul de Sănătate Ocnîța”
or. Ocnîța, str. Independenței nr.64
IDNO 1007604006565

Semnăturile părților

CNAM

Prestatorul

Angela Arion

Natalia Liciu

L.Ș.

Digitally signed by Arion Angela
Date: 2024.12.26 17:42:34 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ



L.Ș.

Digitally signed by Liciu Natalia
Date: 2024.12.27 10:17:00 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ



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	239	339 917,75
2	de la 2 până la 5 ani	1249,2	482	602 114,40
3	de la 5 până la 8 ani	951,77	601	572 013,77
4	de la 8 până la 50 ani	540,78	12 359	6 683 500,02
5	50 ani și peste	1184,31	10 799	12 789 363,69
	Total	X	24 480	20 986 909,63
6	Activități Statistice CS raionale	15,00	42 666	639 990,00
	Total	X	42 666	639 990,00
2) Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Suma pentru servicii paraclinice	X		4 924 642,00
	Total			4 924 642,00
Suma totală alocată pentru asistența medicală primară				26 551 541,63

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorului i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale comunitare și 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	828	256 680,00
	Total			256 680,00
2) Buget Global				
1	Centrul comunitare de sănătate mintală			1 042 502,00
2	Centrul de sănătate prietenos tinerilor			853 359,00
	Total			1 895 861,00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				2 152 541,00

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 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 obligațiilor 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 și 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 alți prestatori.

Raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale paraclinice prestate de instituție se va efectua în baza tarifelor prevăzute în Hotărârea 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 Hotărârea 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.

Devizul
de venituri si cheltuieli (business-plan)
din mijloacele fondurilor asigurarii obligatorii de asistenta medicala
pe anul 2025
CS Frunza
r. Ocnita or. Frunza, str. Pacii nr. 10
lei
05.08/172 din 31.12.2024

Prestatorul de servicii medicale
Sediul
Unitatea de masura
Termenul (lr, si data contractului/acordul adițional)

Componenta veniturilor/cheltuielilor	AMP	Tipul de asistenta medicala		Total aprobat
I. VENITURI, total	4,542,813.31	0.00	0.00	4,542,813.31
Inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
1. Suma contractuala	4,481,672.12	0.00	0.00	4,481,672.12
2. Dobanda calculata la soldurile banesti	0.00	0.00	0.00	0.00
3. Alte venituri	61,141.19	0.00	0.00	61,141.19
II. CHELTUIELI, total	4,657,098.87	0.00	0.00	4,657,098.87
Inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
1. Cheltuieli de personal	3,375,570.85	0.00	0.00	3,375,570.85
(a). Retribuirea muncii	2,722,234.56	0.00	0.00	2,722,234.56
Inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
Indemn de baza al salarului	2,307,345.06	0.00	0.00	2,307,345.06
Indemn de performanta	414,885.50	0.00	0.00	414,885.50
(b). Contributii de asigurari sociale de stat obligatorii	853,336.29	0.00	0.00	853,336.29
2. Alimentarea pacientilor	0.00	0.00	0.00	0.00
3. Medicamente si dispozitive medicale	13,143.10	0.00	0.00	13,143.10
4. Alte cheltuieli, total	1,268,384.92	0.00	0.00	1,268,384.92
Inclusiv:	0.00	0.00	0.00	0.00
credite bancare, imprumuturi	0.00	0.00	0.00	0.00
Procurarea imobilizantilor necorporale, mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00	0.00
Reparatiile capitale a mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00	0.00
III. SOLOUL MILIOANELOR BANESTI	0.00	0.00	0.00	0.00
1. La inceputul anului	268,303.10	0.00	0.00	268,303.10
2. La sfirsitul anului	154,023.54	0.00	0.00	154,023.54



[Handwritten signature in blue ink]

Secretarul Consiliului raional
Alexei Galușca

Notă explicativă la devizul de venituri și cheltuieli Business – plan al IMSP „Centrul de Sănătate Frunza pentru anul 2025

*conform Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestate a serviciilor medicale) în
cadru asigurării obligatorii de asistență medicală nr05-08/172 din 31.12.2024*

Asistență medicală primară

I. Venituri, total - 4542813.31 lei

inclusiv:

Suma contractuală (Per capita) - 4481672.12lei

Alte venituri - 61141.19lei

II. Cheltuieli, total – 4017529.34lei , inclusiv:

datorii la 01.01.2025 - 9686.28lei

din soldul mijloacelor bănești la începutul anului 9686.28 lei

inclusiv:

1. Cheltuieli de personal : 3376006.33lei

inclusiv:

- **Retribuirea muncii** (Anexa nr. 1) : 2722234.56 lei ,

inclusiv:

fondul de bază al salariu – 2307345.06lei,

indicatori de performanță (bonificația) – 414889.50 lei

(inclusiv 109020.00lei personal de conducere)

Articolul dat include calculul la Asistenta Medicala Primara a fondului de baza al salariului conform listelor de tarificare la functiile ocupate alcatuite la 01.01.2025 care cuprinde si indicatorii de performanta pentru personalul de conducere si pentru intreg personalul angajat .

Anexa nr.1a.

- **Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii – 653771.77 lei.**

(Conform Legii bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2025 nr. 310 din 26.12.2024)

2724049.06 lei x 24 %

2. Medicamente și dispozitive medicale - 52264.51lei

Inclusiv

Calculat pentru anul 2025 (Anexa 3) –52264.51lei

achitarea datoriilor creditoare la 01.01.2025 - 0.00 lei

3. Alte cheltuieli, total – 1025646.49lei

(inclusiv 15706.64lei achitarea datoriilor creditoare din alte venituri)

Perfecționarea cadrelor - 25852.00 lei

- Conform Planului de perfecționare a cadrelor IMSP „CS Frunza pe anul 2024. Cheltuielile se planifică pentru prezenta fizica. Normele diurnelor și de cazare calculate conform Regulamentului cu privire la delegarea salariaților entităților din RM, aprobate prin GH nr. 10 din 05.01.2012 și modificare prin GH nr.1058 din 21.12.2023

- Tarifele la transportul de călătorii și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordinul Ministerului Infrastructurii și Dezvoltării Regionale nr.200 din 27.12.2023.

Costul drumurilor (tur/retur):

- Bălți 134 km*0,75 lei/km = 100.50 lei*2(tur/retur)=201,00 lei,

4	Nu mă rul de pe rso nal	Du rat a cic lul ui/ zil e	Preț la 1 ciclu	Suma totală ciclului i 2*4	Diurnă			Cazarea			Drum uri	Suma totală
					Nr zil e	Cos t/zi	Suma 2*6* 7	Nr zile	Cos t/zi	Suma 2*9* 10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Personal medical mediu												
	1	26	4350	4350	26	250	6500	25	75	1875	201	3454
	1	26	4350	4350	26	250	6500	25	75	1875	201	25758
Total a/medical	2	x	x	8700	x	x	1300 0	x	x	3750	402	25852
TOTAL		x	x	8700	x	x	1300 0	x	x	3750	402	25852

Combustibil total - 130931.34lei

(inclusiv 5528.89 lei datoriile creditoare, din alte venituri)

din care:

Produse petroliere: 26224.00 lei

Calculule sunt efectuate respectînd Normele de consum de combustibil și materiale lubrefiante, aprobate de către Ministerul Transportului și Gospodăriei Drumurilor prin ordin nr.172 din 09.12.2005 și ordin intern nr.14 din 02.01.2017 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și materialelor lubrefiante”.

Nr. d/o	Subdivizi nea, marca automobilu lui	Normativ de benzină iarna			Normativ de benzină vara			Cantitate a litre pe an r.5+r.8	Suma, (preț A 95) lei r.9*22.918
		Norma litri/ 100km	Km iarna	Norma litri r.3*r.4 /100	Norma litri/ 100km	Km vara	Norma litri r.6*r.7 /100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Fiat Panda	8.8	5432	478	8.0	5862	469	947	21703.75
	TOTAL	x	5432	478	x	5862	469	947	21703.75

Plan 2025 -26224.00 lei

a) Necesitatea anul 2025 -21105.43lei

b) Datorii creditoare la finele anului 2024 – 0.00 lei.

c) Norma p/u 100 zile anul 2025 - 5347.50 lei (cheltuielile efective p/u anul 2024 (19518.39/365 zile*100 zile)

d) Stoc la 01.01.2025 - 228.93 lei.

- Cărbune și lemne

Calcululele sunt efectuate respectînd Normele de consum a lemnurilor și cărbunilor, aprobate de către șeful IMSP „CS Frunza,” pentru sobe și cazane pe sezonul de încălzire pe anii 2024 - 2025.

Denumirea subdiviziunilor	Nr. De unități	Cărbune			Lemne		
		Norma medie pe zi/kg	Cantitatea anuală (t) 2*3*150 zile /1000	Suma anuală 4* 9518.17 lei	Norma medie pe zi/ m.stiri	Cantitatea anuală(m.steri) 2*6*150 zile	Suma anuală 7*1698.37lei
1	2	3	4	5	6	7	8
OMF Lencauti cazan	1	20.00	3.0	28554.50	0,026	4	6793.48
OS Verejeni cazan	1	13.33	2.0	19036.33	0,033	5	8491.85
TOTAL			5.0	47590.83		9.0	15285.33

Cărbune - 29500.00 lei

- a) Necesitatea a.2025 - 23573.00 lei
- b) Norma p/u 100 zile a. 2025 – 25847.60lei (cheltuielile efective p/u a.2024 - 38771.40/150 zile*100 zile)
- c) Stoc la 01.01.2025 - 19920.60 lei.

Lemne – 16200.00 lei

- a) Necesitatea a.2025 - 15792.00 lei
- b) Norma p/u 100 zile a. 2025 - 9564.80lei (cheltuielile efective p/u a.2024 - 14347.20/150 zile*100 zile)
- c) Stoc la 01.01.2025 - 9156.80 lei

Gaze: -59007.34 lei

(inclusiv 3172.44 lei datorii creditoare, din alte venituri)

Conform indicațiilor la contoare pe anul 2024 și Contractul nr.05/3088 din 02.01.2024 încheiat cu SA „Moldovagaz”. Tariful aprobat conform Hotărîrii Consiliului de Administrație al ANRE nr.686 din 29.11.2024 la gazele naturale (de joasă presiune) furnizate de furnizorul S.A. „Moldovagaz”

Denumirea subdiviziunilor	Cantitatea (m3)	Costul 1 m3 (15.502lei*8%)	Suma
OMF Girbova	2220	16.7421	37167.46
OMF Mereseuca	1115	16.7421	18667.44
TOTAL	3335	16.7421	55834.90

datoriile creditoare la 01.01.2025 – 3172.44lei

- Energie electrică: - 88041.80 lei

(inclusiv 4668.01 lei datoriile creditoare, din alte venituri)

Tariful pentru furnizarea energiei electrice de către S.A. „RED Nord”, aprobate în baza Hotărîrii Consiliului de Administrație al ANRE nr.13 din 03.01.2025, ce constituie 4,68lei/kWh (fără TVA)

901 kWh *2,84*20% = 3070.61 lei
 14299kwh*4.68*20%=80303.18

datorii creditoare la finele anului 2024—4668.01 lei.

- Apa și canalizarea, salubritatea: - 4300.00 lei.

Contractul nr.2 din 05 ianuarie 2024 vizînd evacuarea apelor uzate si a deseurilor este încheiat cu Î.M. „Directia Locativ Comunala or.Frunza”

Denumirea subdiviziunilor	canalizarea			déseuri			Suma totală 4+7
	Cantitatea m3	Pret 1 m3 (45.83*20 % TVA)	Suma,lei 2*3	Cantitatea m3	Pret 1 m3(83.33*20 % TVA)	Suma,lei 5*6	
1	2	3	4	5	6	7	8
CS Frunza	60	65.00	3900.00	4	100.00	400	4300.00

- Alte cheltuieli: 150975.15 lei (Anexa nr 5)

(inclusiv 946.83 lei din alte venituri)

- Cheltuieli pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori - 834654.00lei

Servicii medicale paraclinice se planifică în conformitate cu Anexei nr.4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (HG nr.1020 din 29.11.11.cu modificările ulterioare),

inclusiv:

- Investigații de laborator—550000 .00 lei

Contract nr.6 din 02.01.2025 este încheiat cu SRL Endocasimed si contract nr.64/25-/SM/ME-B/ din 02.01.2025 incheiat cu Imunotehnomed SRL

- Servicii de ecografie – 50000,00lei

Contract nr.3 din 02.01.2023 este încheiat cu SRL Endocasimed

- Investigatii radiologice - 102500.00 lei.

Contract nr.31-R din 02.01.2025 este încheiat cu IMSP CS Ocnita în suma de 34500.00lei

Contract nr.1/9 din 03.01.2025 este încheiat cu IMSP SR Ocnita în suma de 68000.00lei

-Investigatiile bacteriologice si serologice în suma de 19830.00lei Contract nr.4 din 04.01.2024 este incheiat cu ANSP

-Servicii fizioterapie-6384.00lei contract nr.15-F din 02.01.2025 incheiat cu IMSP CS Ocnita

-Servicii endoscopia in diagnostic 20000.00lei Contract nr.4 din 02.01.2024 este încheiat cu SRL Endocasimed

Şeful IMSP CS Frunza

Livia Gudima

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/172

mun. Bălți

“31” decembrie 2024

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **Agencia teritorială Nord** (în continuare – **Agencie**), în persoana dnei **Angela Arlon**, șefă Secție relații cu prestatorii, care acționează 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 și Prestatorul de servicii medicale (în continuare – **Prestator**) **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Frunză”**, reprezentată de către dna **Livia Gudima**, șefă, care acționează în baza **Regulamentului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – **Contract**), convenind asupra următoarelor:

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 **4 481 672 MDL 12 bani** (patru milioane patru sute optzeci și una mii șase sute șaptezeci și doi MDL 12 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr. 1-2 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 Protocolurilor 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;
- 7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență 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 cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

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

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 nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor 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 asistență medicală;

13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și 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 și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la 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 cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) 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 stabilite 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;

17) 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;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, 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 ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, 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 sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) 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 a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) 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 fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

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

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

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

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

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

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) 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 Programul unic și 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 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 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 și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu 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 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 internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și 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-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

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

7) 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 Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și 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. 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 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 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 eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;

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

3) 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 acestuia 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 limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a 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, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, 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 constatat;

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). Mărimea 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. Mărimea 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. 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 reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. 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 sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul 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 ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară 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 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025.

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 modifică 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, în următoarele cazuri:

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

2) 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) înființarea procesului de insolvență, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

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

5) refuzul 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 îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței 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 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 Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA 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 celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când 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 celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 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 de la 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 9 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 expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la 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.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

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

Prestatorul
IMSP „Centrul de Sănătate Frunză”
rl. Ocnîța, or. Frunză, str. Păcii, 10
IDNO 1013604001091

Semnăturile părților

CNAM

Prestatorul

Angela Arion

Livia Gudima

L.Ș. Digitally signed by Arion Angela
Date: 2024.12.26 17:43:02 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ



L.Ș. Digitally signed by Gudima Livia
Date: 2024.12.27 15:24:03 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ



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	20	28 445,00
2	de la 2 până la 5 ani	1249,20	69	86 194,80
3	de la 5 până la 8 ani	951,77	96	91 369,92
4	de la 8 până la 50 ani	540,78	1 948	1 053 439,44
5	50 ani și peste	1184,31	2 016	2 387 568,96
	Total	X	4 149	3 647 018,12
2) Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Suma pentru servicii paraclinice	X		834 654,00
	Total			834 654,00
Suma totală alocată pentru asistența medicală primară				4 481 672,12

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 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 obligațiilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistență 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 și 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 alți prestatori.

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

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

În cazul nevalorificării mijloacelor financiare, CNAM va reține diferența 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.

Devizul
de venituri si cheltuieli (business-plan)
din mijloacele fondurilor asigurarii obligatorii de asistenta medicala
pe anul 2025

Prestatorul de servicii medicale
Sediul
Unitatea de masura
Temelul (Nr. si data contractului/acordului adițional)
CS Olaci
r-l Ocnița or Olaci str. A. Suvorov, 13
lei
05-08/171 din 31.12.2024

Componenta veniturilor/cheltuielilor	AMP	Tipul de asistenta medicala	Total aprobat
I. VENITURI, total	14,461,155.92	IMD	14,504,604.92
inclusiv:	0.00	0.00	0.00
1. Suma contractuala	14,249,289.16	40,920.00	14,290,209.16
2. Dobanda calculata la soldurile banesti	0.00	0.00	0.00
3. Alte venituri	211,866.76	2,529.00	214,395.76
II. CHELTUIELI, total	13,407,132.76	38,948.80	13,446,081.56
inclusiv:	0.00	0.00	0.00
1. Cheltuieli de personal	11,357,108.23	27,507.44	11,384,615.67
(a). Rentele de pensii	9,159,568.30	22,506.00	9,182,074.30
inclusiv:	0.00	0.00	0.00
2. Fondul de baza al salariului	7,635,387.00	22,506.00	7,657,893.00
indicatori de performanta	1,223,571.30	0.00	1,223,571.30
(b). Contributii de asigurari sociale de stat obligatorii	2,198,149.99	5,401.44	2,203,551.43
2. Alimentarea pacientilor	0.00	0.00	0.00
3. Medicamente si dispozitive medicale	228,356.44	8,041.36	236,397.80
4. Alte cheltuieli, total	1,821,668.03	0.00	1,821,668.03
inclusiv:	0.00	0.00	0.00
credite bancare, imprumuturi	0.00	0.00	0.00
Procurarea imobilizatorilor necorporale, mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00
Repararea capitala a mijloacelor fixe	0.00	0.00	0.00
III. SOLDUL MIJLOACELOR BANEȘTI	0.00	0.00	0.00
1. La începutul anului	1,125,489.91	14,379.76	1,139,869.67
2. La sfârșitul anului	2,179,513.07	21,875.96	2,201,389.03



Secretarul Consiliului raional
Alexei Galușca

Notă explicativă
la devizul de venituri și cheltuieli Business – plan
al IMSP „Centrul de Sănătate Otaci” pentru anul 2025
conform Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestate a serviciilor medicale) în
cadru asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/171 din 31.12.2024.

Asistentă medicală primară

I. Venituri, total - 14 461 155.92 lei

inclusiv:

Suma contractuală (Per capita) - 14 249 289.16 lei

Alte venituri (Datoria CNAM față de IMSP, la 01.01.2025) - 211 866.76 lei

II. Cheltuieli, total – 13 407 132.76 lei , inclusiv:

Datorie Ct 28 752.32 lei din alte venituri 211 866.76 lei

inclusiv:

1. Cheltuieli de personal : 11 357 108.29 lei

inclusiv:

- Retribuirea muncii (Anexa nr. 1a) 9 158 958.30 lei ,

inclusiv:

*fondul de bază al salariului – 7 935 387.00 lei

*indicatori de performanță (bonificația) – 1 223 571.30 lei, din care:

-138 120.00 lei supliment stabilit personalului de conducere, în mărime de 50%

-1 085 451.30 lei supliment p/u performanțe profesionale stabilit angajaților IMSP, în mărime de 15%, conform ord.MSMPS nr.508 din 29.05.2020.

- Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii – 2 198 149.99 lei:

(Conform Legii bugetului asigurărilor sociale de stat pentru anul 2025 Nr.303 din 26.12.2024)
(9 158 958.30 lei x 24 %) : 100%

2. Medicamente și dispozitive medicale - 228 356.44 lei

Inclusiv

Calculat pentru anul 2025 (Anexa nr. 6) – 228 356.44 lei

Necesar pentru anul 2025 (Anexa nr.3) – 307 393.51 lei

achitarea datoriilor creditoare la 01.01.2025 – 0,00 lei

3. Alte cheltuieli, total -- 1 821 668.03 lei

(inclusiv 28 752.32 lei achitarea datoriilor creditoare, formate la 01.01.2025, din alte venituri)

inclusiv:

- Reparația curentă a mijloacelor fixe efectuate de terți: - 230 000.00 lei

inclusiv:

Denumirea subdiviziunilor	Denumirea lucrarilor de reparatie	Suma, lei
CS Otaci .	Reparatia	57 500.00

OMF Sauca,	curenta	57 500.00
OMF Unguri,	(cosmetica)	57 500.00
OMF Valcinet		57 500.00
Total		230 000.00 lei

Perfecționarea cadrelor - 98

594.00 lei

- Conform Planului de perfecționare a cadrelor IMSP „CS Otaci.” pe anul 2025.

- Tarifele la transportul de călătorii și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordinul Ministerului Infrastructurii și Dezvoltării Regionale al RM nr.200 din 27.12.2023.
Costul drumurilor (tur/retur):

- Chișinău 212 km *0.75 lei/km = 159.00 lei*2(tur/retur)=318.00 lei,

- Bălți 121 km*0,75 lei/km = 90.75 lei*2(tur/retur)=181.50lei,

Denumirea	Nu măr ul de per son al	Dur ata cicl ului /zile	Preț la 1 ciclu	Suma totală ciclului 2*4	Diurnă			Cazarea			Drumuri	Suma totală
					Nr. zile	Cos t/zi	Suma 2*6*7	Nr zile	Cost /zi	Suma 2*9*10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Medici												
	1	20	3072	3072.00	20	250	5000.00	19	160	3040.00	318.00	11430.00
	2	4	1024	2048.00	8	250	2000.00	6	160	960.00	636.00	5644.00
	1	10	2048	2048.00	10	250	2500.00	9	160	1440.00	318.00	6306.00
Total medici	4	x	x	7168.00	x	x	9500.00	x	x	5440.0	1272.00	23380.00
Personal medical mediu												
	4	26	4350	17400.00	104	250	26000.00	100	75	7500.00	726.00	51626.00
	1	40	7000	7000.00	40	250	10000.00	39	75	2925.00	181.50	20106.50
	1	5	1750	1750.00	5	250	1250.00	4	75	300.00	181.50	3481.50
Total a/medicale	5	x	x	26150.00	x	x	37250.00	x	x	10725.0	1089.00	75214.00
TOTAL	9	x	x	33318.00	x	x	46750.00	x	x	16165.0	2361.00	98594.00

Combustibil total - 359 691.54 lei

(inclusiv 23 422.28 lei datoriile creditoare, formate la 01.01.2025, achitate din alte venituri)
din care:

Produse petroliere: 138 538.69 lei

Calculule sunt efectuate respectînd Normele de consum de combustibil și materiale lubrefiante, aprobate de către Ministerul Transportului și Gospodăriei Drumurilor prin ordinul nr.172 din 09.12.2005 cu modificările ulterioare și ordinul intern nr.26 din 04.01.2024 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și materialelor lubrefiante”

Nr. d/o	Subdiviziunea, marca automobilului	Normativ de benzină iarna			Normativ de benzină vara			Cantitatea litre pe an r.5+r.8	Suma, (preț A 95- 24.69) lei r.9*24.69 motorina 21.54
		Norma litri/ 100km	Km iarna	Norma litri r.3*r.4 /100	Norma litri/ 100km	Km vara	Norma litri r.6*r.7 /100		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	CS Otaci Suzuki Jimny	9.5	11000	1045	8.5	15000	1275	2320	57280.80
2	CS Otaci Dacia Logan IZA 257/motorina	4.8	11000	528	4.4	15000	660	1188	25589.52

3	OMF Sauca Dacia LoganOCAP 177	7.3	11000	803	6.6	15000	990	1793	44269.17
	TOTAL	x	33000	1848/528	x	45000	2265	4113/1188	127139.49

Plan 2025 - 138 538.69 lei

a) Necesitatea anul 2025 - 127 139.49 lei

b) Datorii debitoare la finele anului 2024 – 5 863.91 lei.

c) Norma p/u 100 zile anul 2026 – 12 547.39 lei (cheltuielile efective p/u anul 2024 (45797.96/365 zile*100 zile)

d) Stoc la 01.01.2025 - 1 148.19 lei.

- Cărbune și lemne

Calcululele sunt efectuate respectînd Normele de consum a lemnului și cărbunilor(Ordin 49 din 01.11.2024), aprobate de către șeful IMSP „CS Otaci , ” pentru sobe și cazane pe sezonul de încălzire pe anii 2024-2025.

Denumirea subdiviziunilor	Nr. De unități	Cărbune			Lemne		
		Norma medie pe zi/kg	Cantitatea anuală (t) 2*3*151 zile /1000	Suma anuală 4*6600lei	Norma medie pe zi/ m.3	Cantitatea anuală(m.3) 2*6*151 zile	Suma anuală 7*1700 lei
1	2	3	4	5	6	7	8
OMF Sauca cazan	1	30	4.5	29700.00	0,06	9,0	15300.00
Sobe(OMF Codreni, OMF Unguri)	4	13	7.5	49500.00	0,02	12.0	20400.00
TOTAL			12.0	79200.00		21,0	35700.00

Cărbune - 48 389.86 lei

a) Necesitatea a.2025 - 79 200.00lei

b) Norma p/u 100 zile a. 2026 – 42 129.88 lei (cheltuielile efective p/u a.2024 - 63194.82/150 zile*100 zile)

c) Stoc la 01.01.2025 - 72 940.02 lei.

Lemne – 27 812.20 lei

a) Necesitatea a.2025 - 35 700.00 lei

b) Norma p/u 100 zile a. 2026 - 12 655.89lei (cheltuielile efective p/u a.2024 – 18983.83/150 zile*100 zile)

c) Stoc la 01.01.2025 - 20 543.69 lei

- Gaze: - 144 950.79 lei

(inclusiv 23 422.28 lei datorii creditoare, formate la 01.01.2025, achitate din alte venituri)

Conform indicațiilor la contoare pe anul 2024 și Acordul aditional nr.1 din 30.12.2024 la Contractul nr.05/3112 din 26.10.2023 încheiat cu SA „Moldovagaz”. Tariful aprobat conform Hotărîrii Consiliului de Administrație al ANRE nr.769 din 24.12.2024, la gazele naturale (de joasă presiune) furnizate de furnizorul S.A. „Moldovagaz”

Denumirea subdiviziunilor	Cantitatea (m3)7 luni I-IV, X-XII	Costul 1 m3 (16.74 lei)	Suma totala
CS Otaci	5040	16.74	84369.60
OMF Valcinet	2220	16.74	37158.91

TOTAL	7260	16.74	121528.51
--------------	-------------	--------------	------------------

datoriile creditoare la 01.01.2025 – 23 422.28 lei

- Energie electrică: - 164 512.36 lei

(inclusiv 5 353.96 lei datoriile creditoare, formate la 01.01.2025, achitate din alte venituri)

Tariful pentru furnizarea energiei electrice de către S.A. "FEE-Nord", aprobate în baza Hotărârii Consiliului de Administrație al ANRE nr.13 din 03.01.2025, Contract încheiat cu S.A. "FEE-Nord" nr. 111 din 22.01.2020, Acord aditional 23/25 din 18.02.2025.

$28\,320\text{ kWh} \times 4.68 \times 20\% = 159158.40\text{ lei}$

datorii creditoare la finele anului 2024 – 5 353.96 lei.

- Apa și canalizarea, salubritatea: - 21 240.00 lei

Contractul nr.01 din 02 ianuarie 2025 vizînd livrarea apei și recepționarea rezidurilor este încheiat cu Î.M. Gospodaria Locativ comunală Otaci.

Denumirea subdiviziunilor	Apă			Reziduri			Suma totală 4+7
	Cantitatea m3	Pret 1 m3 (30*20% TVA)	Suma, lei 2*3	NR.de rute	Pret 1 peis 350*20%	Suma, lei 5*6	
1	2	3	4	5	6	7	8
CS Otaci	350	36.00	12 600.00	24	360.00	8 640.00	21 240.00

- Deplasări în interes de serviciu: - 21 996.00 lei

Tarifele la transportul de călători și bagaje pe rute regulate sînt aprobate prin ordinul Ministerului Infrastructurii și Dezvoltării Regionale al RM nr.200 din 27.12.2023. Normele diurnelor și de cazare sînt calculate conform Regulamentului cu privire la delegarea salariaților entităților din RM, aprobate prin HG nr. 10 din 05.01.2012 cu modificările ulterioare.

Calculele s-au efectuat în baza necesităților de serviciu pentru anul 2025:

- Chișinău 212 km *0,75 lei/km = 159.00 lei*2(tur/retur) = 318 lei x 8 deplasări = **544.00 lei**

- Bălți 121 km*0,75 lei/km = 90.75 lei*2(tur/retur)= 181.50 lei x 8 deplasări = **1 452.00 lei**

-Diurne 250,00*8=**2 000,00 lei**; cazare 7x1 000,00 = **7 000,00 lei**

- Diurne 250,00*8=**2 000,00 lei**; cazare 7x1000.00=**7 000,00 lei**

Total 21 996.00 lei

- Alte cheltuieli (rnd.2.4.8): - 646 611.73 lei (Descifrate conform Anexei nr. 5)
(inclusiv 1 756.32 lei achitarea creantei la 01.01.2025 din alte venituri)

- Cheltuieli pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori - 279 022 40 lei
(inclusiv 1732.40 lei datoriile creditoare, formate la 01.01.2025, achitate din alte venituri)

Serviciile prestate populației de către IMSP CS Otaci planificate pentru anul 2025 conform anexei nr.4 al Programului Unic și catalogului tarifelor unice, aprobate prin HG nr.1020 din

29.12.2011, cu modificările ulterioare constituie 2 823 823.00 lei conform contractatului pentru anul 2025.

- IMSP CS Otaci dispune de laborator și de cabinet fizioterapie.

Serviciile prestate populației de către IMSP CS Otaci planificate pentru anul 2025 conform anexei nr.4 al Programului Unic și catalogului tarifelor unice, aprobate prin HG nr.1020 din 29.12.2011, cu modificările ulterioare constituie 5 978 800.00 (Conform Anexei nr. 1).

- Dar suplimentar IMSP CS Otaci necesită contractarea următoarelor servicii medicale prestate de alți prestatori pentru anul 2025:

inclusiv:

-Servicii pentru determinarea parametrilor imunologi și imuno hematologia – 97 770.00 lei

Contract nr. 09 din 02.01.2025 este încheiat cu SRL Imunotehnomed

- Servicii ecografie 179 520.00

Contract nr. 06 din 02.01.2025 este încheiat cu SRL Fitomed -COM

Ceea ce constituie 277 290.00 lei

- În contextul celor expuse mai sus este necesar de a planifica 279 022.40(277 290,00 lei + datoria la 01.01.2025 în suma de 1732,40lei) din suma contractuală pe 2025 restul se îndeplinește în cadrul IMSP.

Soldul mijloacelor bănești la 01.01.2024 – 1 125 489.91 lei

Soldul mijloacelor bănești la sfârșitul perioadei – 2 179 513.07 lei

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/171

mun. Bălți

“31” decembrie 2024

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională 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 acționează 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 și Prestatorul de servicii medicale (în continuare – Prestator) Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Otaci”, reprezentată de către dl Veaceslav Casian, șef, care acționează în baza Regulamentului, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

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 **14 290 209 MDL 16 bani** (paisprezece milioane două sute nouăzeci mii două sute nouă MDL 16 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-3 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;

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 cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

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

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 nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor 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 asistență medicală;

13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și 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 și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la 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 cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) 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 stabilite 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;

17) 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;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, 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 ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, 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 sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) 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 a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) 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 fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

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

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

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

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

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

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) 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 Programul unic și 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 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 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 și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu 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 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 internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și 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-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

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

7) 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 Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și 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. 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 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 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 influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) 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 acestora 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 limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia; sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a 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, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/c) 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 constatat;

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). Mărimea 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. Mărimea 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. 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 reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. 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 sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul 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 ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară 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 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2025 până la 31 decembrie 2025.

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 modifică 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, în următoarele cazuri:

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

2) 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) inițierea procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

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

5) refuzul 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 îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței 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 acestuia 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 Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA 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 celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când 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 celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 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 de la 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 10 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 expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepționării pretenției.

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

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

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

Prestatorul

IMSP „Centrul de Sănătate Otaci”
rl. Oenița, or. Otaci, str. A. Suvorov, 13
IDNO 1010604000299

Semnăturile părților

CNAM

Prestatorul

Angela Arion

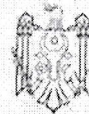
Veaceslav Casian

L.Ș. Digitally signed by Arion Angela
Date: 2024.12.26 17:51:36 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ



L.Ș.

Digitally signed by Casian Veaceslav
Date: 2024.12.27 09:36:10 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova



Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/171
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	154	219 026,50
2	de la 2 până la 5 ani	1249,20	374	467 200,80
3	de la 5 până la 8 ani	951,77	454	432 103,58
4	de la 8 până la 50 ani	540,78	8 009	4 331 107,02
5	50 ani și peste	1184,31	5 046	5 976 028,26
	Total	X	14 037	11 425 466,16
2) Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Suma pentru servicii paraclinice	X		2 823 823,00
	Total			2 823 823,00
Suma totală alocată pentru asistența medicală primară				14 249 289,16

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/171
din 31 decembrie 2024

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Prestatorul i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale comunitare și 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	132	40 920,00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				40 920,00

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2025 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 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 obligațiilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistență 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 și 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 alți prestatori.

Raportarea și achitarea retrospectivă a serviciilor medicale paraclinice prestate de instituție se va efectua în baza tarifelor prevăzute în Hotărârea 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 Hotărârea 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://sirsml.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.