



REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL SOROCA
DECIZIE
nr.1/17 din 12 februarie 2026

Cu privire la Întreprinderea Municipală
„CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA

Consiliul Raional Soroca întrunit în ședința ordinară,

În temeiul:

- art. 10, art. 118-125 din Codul administrativ al Republicii Moldova nr. 116/2018;
- art. 43 alin. (2) din Legea nr. 436/2006 privind administrația publică locală, cu modificările ulterioare;
- Legii nr. 246/2017 cu privire la întreprinderea de stat și întreprinderea municipală;
- Legii salarizării nr. 847/2002;
- Hotărârii Guvernului nr.743/2002 cu privire la salarizarea angajaților din unitățile cu autonomie financiară;
- Statutului Întreprinderii Municipale „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA” aprobat prin Decizia Consiliului Raional Soroca nr. 6/9 din 16 decembrie 2021,

DECIDE:

1. Se coordonează contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, dintre Întreprinderea Municipală „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA” și Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru anul 2026, nr. 05-08/359 din 31 decembrie 2025, conform anexei.
2. Se stabilește salariul în mărime de [REDACTED] lei pentru dl Costin Iurie, administrator al Întreprinderii Municipale „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA” pentru anul 2026.
3. Se acorda dlui Costin Iurie, administrator al Întreprinderii Municipale „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA”, pentru anul 2026 premiu în mărimea proporțională cu cota medie (%) al premiului achitat angajaților.
4. Se permite administratorului Întreprinderii Municipale „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA” dlui Costin Iurie, munca prin cumul în volum de 0.25 salariul (medic protezist) în afara orelor de program cu categoria respectivă de salarizare și categoria de calificare.
5. Se delegă dlui Veaceslav Rusnac, Președinte al Raionului Soroca împuterniciri depline pentru semnarea și coordonarea acordurilor adiționale la contractul de prestare a serviciilor medicale dintre Întreprinderea Municipală „CENTRUL STOMATOLOGIC RAIONAL SOROCA” și Compania Națională de Asigurări în Medicină, coordonarea și semnarea

modificărilor la devizurile de venituri și cheltuieli, precum și alte împuterniciri în vederea asigurării bunei funcționări a întreprinderii.

6. Prezenta decizie intră în vigoare la data includerii în Registrul de Stat al Actelor Locale și se aduce la cunoștință publică prin plasarea pe pagina web a Consiliului raional.
7. Decizia în cauză poate fi contestată cu cererea prealabilă adresată Consiliului Raional Soroca, cu sediul în mun. Soroca, str. Ștefan cel Mare, 5, în termen de 30 de zile, conform prevederilor Codului administrativ al Republicii Moldova.

Președinte al ședinței



VASIUTINSCHI Liudmila

Contrasemnat

MĂRÎI Alina
Secretară a Consiliului Raional Soroca



CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/359

mun. Chișinău

“31” decembrie 2025

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Prestatorul de servicii medicale** (în continuare – **Prestator**) **Întreprinderea Municipală „Centrul Stomatologic Raional Soroca”**, reprezentată de către **dl Iurie Costin, administrator**, care acționează în baza **Statutului**, 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 3 413 829 MDL (trei milioane patru sute treisprezece mii opt sute douăzeci și nouă MDL). 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 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) abrogat;

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, lichidare a Prestatorului sau obținerea deciziei de neacreditare;

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, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale;

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) obținerea deciziei de neacreditare.

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 constat;

5) neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). 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 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 3 ani de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2028, cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.

6.3. Perioada de acordare a asistenței medicale se stabilește de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2026.

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, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate, 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 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 11 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
ÎM „Centrul Stomatologic Raional Soroca”
or. Soroca, str. D. Cantemir, 27
IDNO 1013607003085

Semnăturile părților

CNAM

Prestatorul

Ion Dodon

Iurie Costin

L.Ș.

Digitally signed by Dodon Ion
Date: 2025.12.30 17:24:19 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova

MOLDOVA EUROPEANĂ



L.Ș.

Digitally signed by Costin Iurie
Date: 2025.12.31 11:02:17 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova

MOLDOVA EUROPEANĂ



Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

1) Servicii medicale stomatologice:

Cod serviciu	Denumirea serviciilor	Unitatea de măsură	Tarif (lei)	Suma (MDL)
1	2	3	4	5
8	Analiza ortopantomogramei	1 investigație	317	
9	Analiza tomografiei totale a maxilei/mandibulei	1 investigație	317	
10	Analiza tomografiei segmentare	1 investigație	211	
29	Tratament endodontic monocanalar (obturație temporară de canal)	1 ședință	283	
30	Tratament endodontic bicanalar (obturație temporară de canal)	1 ședință	362	
31	Tratament endodontic pluricanalar (obturație temporară de canal)	1 ședință	445	
36	Dezobturarea canalului radicular (un canal)/ Înlăturare corp străin din canal	1 ședință	419	
37	Aplicarea pastei devitalizante	1 dinte	159	
64	Aplicarea coferdamului	1 ședință	164	
68	Extracția dintelui fără anestezie	1 extracție	262	
69	Extracția dintelui cu anestezie	1 extracție	452	
70	Extracție dentară atipică	1 extracție	828	
71	Extracția dintelui inclus	1 extracție	1 434	
72	Extracția dintelui inclavat	1 extracție	1 593	
74	Alveolotomie	1 intervenție	606	
75	Înlăturarea tumorii benigne a țesuturilor moi (cu diametrul sub 0,5 cm)	1 intervenție	767	
76	Înlăturarea tumorii benigne a țesuturilor moi (cu diametrul mai mare de 0,5 cm)	1 intervenție	925	
78	Chistectomie (cu diametrul până la 0,5 cm)	1 intervenție	760	
79	Chistectomie (cu diametrul mai mare de 0,5 cm)	1 intervenție	1 238	
81	Gingivectomie	1 intervenție	380	
82	Tratarea proceselor inflamatorii odontogene cu extracție dentară	1 intervenție	1 094	
83	Tratarea proceselor inflamatorii fără extracție dentară	1 intervenție	618	
85	Sinusotomie	1 intervenție	1 114	
90	Secvestrectomie	1 intervenție	1 553	
94	Sialodenită – înlăturarea calculului din ductul salivar	1 intervenție	776	
95	Chiuretaj pe câmp deschis în zona a 2-3 dinți	1 intervenție	1 066	
96	Chiuretaj pe câmp deschis în zona a 4-5 dinți	1 intervenție	1 593	
109	Pansament	1 procedură	258	
134	Înlăturarea atelelor în cazul fracturilor maxilarelor	1 intervenție	532	
316.	Consultația medicului stomatolog	1 consultație	253	
317.	Consultația medicului anesteziolog	1 consultație	205	
318.	Obturarea defectelor coronariene	1 caz tratat	386	
319.	Tratarea pulpitei acute a dintelui monoradicular	1 caz tratat	734	

320.	Tratarea pulpitei acute a dintelui biradicular	1 caz tratat	877
321.	Tratarea pulpitei acute a dintelui pluriradicular	1 caz tratat	1 012
322.	Tratarea periodontitei acute a dintelui monoradicular	1 caz tratat	1 077
323.	Tratarea periodontitei acute a dintelui biradicular	1 caz tratat	1 287
324.	Tratarea periodontitei acute a dintelui pluriradicular	1 caz tratat	1 504
325.	Tratarea periodontitei exacerbate a dintelui monoradicular	1 caz tratat	1 168
326.	Tratarea periodontitei exacerbate a dintelui biradicular	1 caz tratat	1 401
327.	Tratarea periodontitei exacerbate a dintelui pluriradicular	1 caz tratat	1 618
328.	Obturarea defectelor coronariene	1 caz tratat	378
329.	Tratarea pulpitei dintelui monoradicular	1 caz tratat	588
330.	Tratarea pulpitei dintelui biradicular	1 caz tratat	665
331.	Tratarea pulpitei dintelui pluriradicular	1 caz tratat	747
332.	Tratarea periodontitei dintelui monoradicular	1 caz tratat	642
333.	Tratarea periodontitei dintelui biradicular	1 caz tratat	720
334.	Tratarea periodontitei dintelui pluriradicular	1 caz tratat	801
335.	Tratament endodontic prin metoda amputării (parțială/subtotală/totală)	1 dinte	379
336.	Tratarea periodontitei cronice exacerbate cu extracție dentară	1 caz tratat	713
337.	Hemostază	1 procedură	535
338.	Rezecție apicală	1 caz tratat	1 009
339.	Tratamentul chirurgical (chistectomie) al unui chist supurant (cu diametrul până la 0,5 cm)	1 caz tratat	1 077
340.	Tratamentul chirurgical (chistectomie) al unui chist supurant (cu diametrul mai mare de 0,5 cm)	1 caz tratat	1 794
341.	Plastia comunicării orosinusale	1 caz tratat	1 114
342.	Operație pericoronariană – decapișonare	1 caz tratat	438
343.	Secvestrectomie	1 caz tratat	1 553
344.	Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii	1 caz tratat	982
345.	Disecția furunculului/carbunculului	1 caz tratat	618
346.	Disecția abscesului în cazul limfadenitei acute	1 caz tratat	618
347.	Înlăturarea concremenului din ductul salivar la sialonita acută	1 caz tratat	856
348.	Tratamentul chirurgical al abscesului, periostitei fără extracție dentară	1 caz tratat	1 094
349.	Tratamentul chirurgical al abscesului, periostitei cu extracție dentară	1 caz tratat	1 570
350.	Tratarea abscesului, periostitei provocate de distopia dintelui 8 cu extracție dentară	1 caz tratat	1 593
351.	Tratarea abscesului, periostitei provocate de dintele 8 inclus cu extracție dentară	1 caz tratat	1 910
352.	Tratarea abscesului, periostitei provocate de dintele 8 inclavat cu extracție dentară	1 caz tratat	2 387
353.	Tratarea alveolonevritei	1 procedură	275
354.	Tratarea nevralgiei prin metoda blocării	1 procedură	275
355.	Repoziționarea luxației acute a mandibulei	1 procedură	337
356.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei cavității bucale	1 ședință	277
357.	Imobilizarea fracturilor	1 imobilizare	2 051
358.	Anestezie locală (infiltrație plexală)	1 anestezie	184
359.	Anestezie locală/loco-regională cu carpule	1 anestezie	196
360.	Anestezie topică	1 anestezie	135

361.	Anestezie generală inhalatorie de scurtă durată cu Sevofluran	1 procedură	1 044
362.	Anestezie generală de scurtă durată cu Propofol	1 procedură	905
363.	Anestezie generală combinată de scurtă durată cu Sevofluran și Propofol	1 procedură	1 073
364.	Anestezie generală combinată de scurtă durată cu Sevofluran și Kalipsol	1 procedură	2 061
365.	Anestezie generală de lungă durată cu Propofol	1 procedură	1 644
366.	Anestezie generală de lungă durată cu Kalipsol	1 procedură	1 451
367.	Anestezie generală combinată de lungă durată cu Propofol și Kalipsol	1 procedură	2 687
368.	Anestezie generală combinată de lungă durată cu Sevofluran și Propofol	1 procedură	3 058
369.	Anestezie generală combinată de lungă durată cu Sevofluran și Kalipsol	1 procedură	3 075
370.	Premedicație	1 procedură	433
371.	Examinarea cavității bucale cu recomandări privind igiena și profilaxia	1 ședință	121
372.	Detartraj cu ultrasunet	1 ședință	435
373.	Igienizarea cavității bucale cu ajutorul air flow-ului	1 ședință	323
374.	Periaj dentar profesional	1 ședință	211
375.	Sigilarea fisurilor la un dinte cu scop profilactic	1 dinte	176
376.	Profilaxia cariei dentare (prin remineralizare și infiltrare)	1 ședință	226
377.	Prevenirea complicațiilor afecțiunilor mucoasei bucale	1 procedură	162
TOTAL			3 103 577,00

2)

Nr. d/o	Plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat	
1	Suma pentru servicii paraclinice STOM	310 252,00
	TOTAL	310 252,00

3) Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator **3 413 829 lei.**

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 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 2026 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice).

2. În cazul nerespectării prevederilor pct.3.1, subpct.15) din Contract cu referire la prezentarea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) în termenul stabilit, CNAM va suspenda achitarea serviciilor medicale acordate.

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

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

5. Prestatorul de servicii medicale de asistență medicală specializată de ambulator, 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 lunar 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. 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.

7. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală, inclusiv pentru serviciile medicale contractate prin metoda de plată “buget global”.

Secretară a Consiliului Raional Soroca

