



REPUBLICA MOLDOVA

Consiliul raional Soroca

D O S A R nr. 01-20 1/4

Documente privind justificarea adoptării Deciziei Consiliului Raional Soroca
„Cu privire la Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca”

Data constituirii ____ 2024

Total file _____

Termen de păstrare-permanent

CONSILIUL RAIONAL SOROCĂ
Data 26.01.2024
Indicele 01/1-18/199



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP CENTRUL DE SĂNĂTATE VISOCA

MD-3001, r. Soroca, s. Visoca tel.(230) 52288

Dlui Rusnac Veaceslav,

Președinte al Raionului Soroca

Nr. 09 din 19 ianuarie 2024

Stimate dl Președinte

Prin prezenta, IMSP Centrul de Sănătate Visoca solicită includerea în ordinea de zi a ședinței Consiliului Raional Soroca proiectul de decizie:

1. Cu privire aprobarea organigramei și statelor de personal pe anul 2024 al IMSP CS Visoca.
2. Cu privire la coordonarea cu Fondatorul a contractului de prestare a serviciilor medicale dintre IMSP CS Visoca și CNAM nr.05-08/140 din 29.12.2023.
3. Cu privire la examinarea și transmiterea spre aprobare a salariului personalului de conducere al IMSP CS Visoca pe anul 2024

Şef al IMSP CS Visoca

Brighidin Agnesia

Contabil

Condrea Lucia

CONSILIUL RAIONAL SOROCĂ
Data 26.01.2024
Indicele 09/110/1999



REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL SOROCA

Proiect

DECIZIE

Cu privire la Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca

Consiliul raional Soroca întrunit în ședință ordinară pe data de _____ februarie 2024;

Având în vedere :

- Expunerea de motive din Nota informativă la proiectul deciziei,,Cu privire la Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca” prezentată de Șefă IMSP CS Visoca nr.1 din 19 ianuarie 2024;
- Avizul Comisiilor de specialitate;

În temeiul:

- art.43 alin.(2) din Legea nr.436/2006 privind administrația publică locală, cu modificările ulterioare;
- Legii ocrotirii Sănătății nr.411/1995, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr.837/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu modificările ulterioare;
- Regulamentul de organizare și funcționare a Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca, aprobat prin decizia Consiliului Raional Soroca nr.20/04 din 26 octombrie 2017,

D E C I D E:

1. Se coordonează contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/140 din 29 decembrie 2023 pentru anul 2024, conform anexei nr.1.
2. Se aprobă organograma și statele de personal ale Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca pentru anul 2024, conform anexelor nr.2 și nr.3.
3. Se stabilește salariul de funcție personalului de conducere al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca pentru anul 2024, conform anexei nr.4.
4. Prezenta decizie intră în vigoare la data includerii în Registrul de Stat a Actelor Locale și poate fi contestată la Judecătoria Soroca, sediul Central în termen de 30 de zile de la data comunicării, conform prevederilor Codului administrativ al Republicii Moldova.

Elaborat:

Agnesia Brighidin, șef al IMSP CS Visoca

Coordonat :

Veaceslav Rusnac, Președinte al raionului Soroca

Alla Bordianu, Vicepreședinte al raionului Soroca

Avizat:

Iurie Tănase, Vicepreședinte al raionului Soroca

Alina Mării, secretar interimar al Consiliului Raional Soroca

Tatiana Cebanciu, specialist superior al SAJ

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/140

mun.Bălți

,,29" decembrie 2023

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM), reprezentată de către Agenția teritorială Nord (în continuare – Agenție), în persoana dnei Nelea Rotaru, directoare, care acționează în baza Statutului, și Prestatorul de servicii medicale (în continuare – Prestator) Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Visoca”, reprezentată de către dna Agnesia Brighidin, 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 calitatea 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 **3 675 534 MDL 58 bani** (trei milioane șase sute șaptezeci și cinci mii cinci sute treizeci și patru MDL 58 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 Protocolelor 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, bilet de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

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

7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru 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 evidență 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 „Evidență 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 finanțier-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 insolvabilitate, 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 factură 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 rezoluțiuie 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 prejudiciale, 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 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

mmf

11/11/11

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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate, 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 prejudicate 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 01 ianuarie 2024 pînă la 31 decembrie 2024 cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la 01 ianuarie 2024 pînă la 31 decembrie 2024.

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 rezoluție cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluționea.

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) intreruperea, 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 finanțiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngădarea 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 rezoluționea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEXECUTAREA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat 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.

Mihai

Adrian

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 rezoluțunea 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 căte 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 judecătoarești.

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 curs 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 Visoca”
rl. Soroca, s.Visoca
IDNO 1010607003501

Semnăturile părților

CNAM

nelea rotaru

L.S.

Nelea Rotaru

Prestatorul

agnesia brighidin

Agnesia Brighidin



Anexa nr. 1

la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. **05-08/140** din **29 decembrie 2023**

Asistență medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 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	1 552,28	50	77 614
2	de la 2 până la 5 ani	1 363,41	66	89 98
3	de la 5 până la 8 ani	1 038,79	114	118 42
4	de la 8 până la 50 ani	590,22	2 028	1 196 96
5	50 ani și peste	1 292,58	1 685	2 177 99
		Total	X	3 660 98
Suma totală alocată pentru asistență medicală primară				3 660 98

CNAM

Prestatorul

Nelea Rotaru
L.S.

Agnesia Brighidin
L.S.



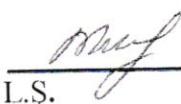
Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/140 din 29 decembrie 2023

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu:

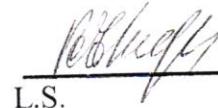
Nr. d/o	Tip serviciu medical	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite pentru persoane asigurate	Suma (lei)
1)	Per vizita			
	Îngrijiri meidcale la domiciliu	291,00	50	14 550,00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				14 550,00

CNAM


L.S.

Nelea Rotaru

Prestatorul


L.S.

Agnesia Brighidin



Anexa
la Contractul de acordare a asistență medicală (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.**05-08**
din **29 decembrie**

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractație a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2024 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

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

3. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimis pentru serviciile medicale prestate de prestatori, efectuate la trimisarea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în Anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimis (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și serviciile medicale de înaltă performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr. 5 la Programul unic.

4. Prestatorul de servicii medicale de asistență medicală primară și asistență medicală specială de ambulator, contractat prin metoda „per capita”, poartă responsabilitatea pentru planificarea și execuția mijloacelor financiare, în scopul efectuării serviciilor medicale specificate în Anexa nr.4 la Programul unic, inclusiv serviciile medicale procurate de la alții prestatori, care vor fi raportate trimestrial conform formularelor aprobate prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM.

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

Raportarea serviciilor medicale procurate de la alții prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu aceștea, iar serviciile medicale prestate de către Prestator se vor raporta conform tarifelor prevăzute în HG nr. 1020/2011, cu modificările ulterioare.

5. Cuantumul minim al cheltuielilor planificate și executate în asistență medicală primară și efectuarea serviciilor medicale specificate în pct.4, inclusiv serviciile medicale procurate de la alții prestatori, va constitui 15% din suma contractuală.

6. Prestatorul va asigura prescrierirea serviciilor medicale de înaltă performanță inclusiv capitolele IV-XII din Anexa nr.5 la Programul unic de către medicii cu drept de prescriere a acestor servicii prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.

CNAM

L.S.

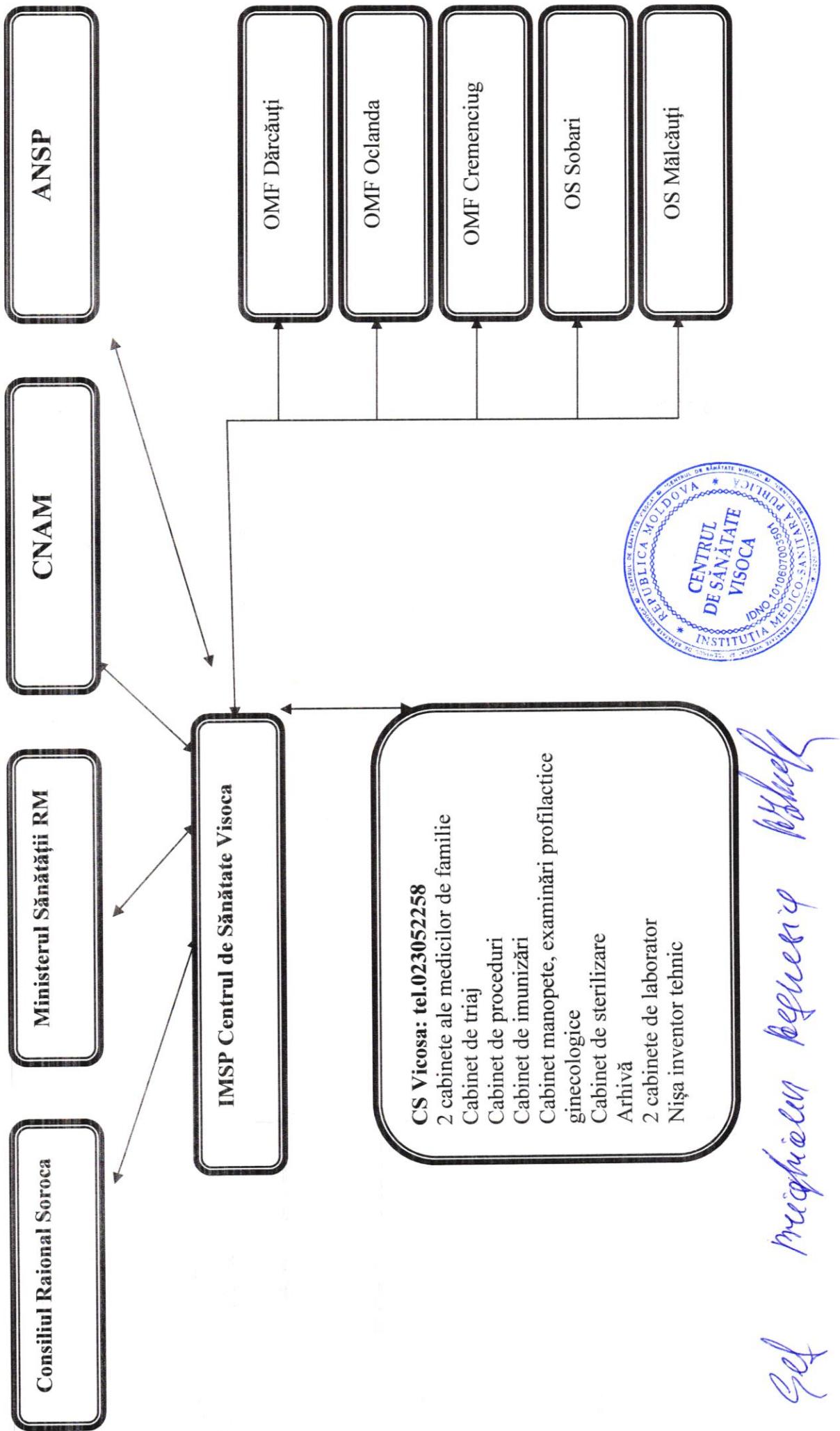
Muf

Prestatorul



B. B. B.

Organigramă IMSP Centrul de Sănătate Vișoca



Statele de personal
IMSP CS Visoca r-nul Soroca
Din 01.01. 2024
Centru de Sănătate autonom nivelul II categoria IV

Nr d/o	Codul funcției	Denumirea funcției	Numărul de unități aprobate în statele de personal
1.	134201	Şef al Centru de Sănătate-75% efort medic de familie	1.00
		total	1.00

CS Visoca 1725 cereri			
2.	221104	Medic de familie	0. 5
3.	134201	Asistentă medicală şefă (1 unitate la Centru)	1.0
4.	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	1.75
5.	325301	Asistent medical comunitar	1.00
6.	321203	Felceră-laborantă	1,00
7.	532102	Infermiera	1,0
8.	962908	Paznic	0.5
9.	832202	Şofer	1,00
10.	241106	Contabil (Salariu, achiziții)	0,50
11.	252201	Administrator baze de date	0,25
12.	441601	Inspector resurse umane	0,25
		total	8.75

OMF Dărcăuți 989 cereri			
1.	221104	Medic de familie	1,00
2.	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	1,5
3.	325301	Asistent medical comunitar	0. 5
4.	532104	Infermiera	0.5
		total	3.5

OMF Cremenciug 484cereri			
16	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0.75
17	325301	Asistent medical comunitar	0.25
18	532104	Infermiera(52.0 m.p.)	0.5
		total	1,5

OMF Oclanda 421 cereri			
19	221104	Medic de familie(445 cereri /1500=0.29)	0. 75
20	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0.75
21	325301	Asistent medical comunitar	0,25
22	532104	Infermiera(42 m.p.)	0. 5
		total	2,25

OS Sobari 222 cereri

23	222102	Medic de familie	0. 25
24	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0. 5
25	532104	Infermiera(42 m.p.)	0. 25
		total	1.00

OS Malcăuți 126 cereri

26	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0. 5
27	532104	Infermiera(42 m.p.)	0.25
		total	0.75
		Total IMSP	18.75

Totalizator de state de personal IMSP CS Visoca anul 2024.

Subdiviziunea	State total	Personal de conducere	Medici	Asistente	Infermiere	Alt personal
CS. Visoca	9.75	1.00	0. 5	4,75	1.0	2. 50
OMF Dărcăuți	3.5		1,00	2.00	0. 5	
OMF Oclanda	2.25		0.75	1.0	0.5	
OMF Cremenciug	1,5			1.00	0. 5	
OS Sobari	1.00		0.25	0. 5	0.25	
OS Malcăuți	0.75			0, 5	0,25	
total	18.75	1.00	2,50	9.75	3,00	2.50

**Şef
al IMSP"CS Visoca"**



A.Brighidin

Anexa nr.4 la decizia
Consiliului Raional Soroca
nr. ___ din ___ februarie 2024

**Salariul de funcție personalului de conducere al
Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca**

Nr.d/o	Numele prenumele	Funcția	Salariul de funcție
1.	Brighidin Agnesia	șef	15800,00 lei

**Şef
al IMSP"CS Visoca"**



A.Brighidin





Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca

NOTĂ INFORMATIVĂ nr. 1 din 19.01.2024

La proiectul de decizie „Cu privire la Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca,

1. Denumirea autorului.

Proiectul deciziei a elaborat Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca.

2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului de act normativ și finalitățile urmărite
Fondator al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca este Consiliului Raional Soroca.

Conform art.4 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03 1995 cu modificările ulterioare, fondatorul aprobă organograma și statele de personal ale prestatorului de servicii medicale.

Conform HG al RM nr.837/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice cu modificările ulterioare (Capitolul VII. Condițiile de salarizare ale personalului de conducere din instituțiile medico-sanitare publice) personalului de conducere specificat în anexa nr.3 la prezentului regulament fondatorul stabilește salariul de funcție precum și suplimente la salariul de funcție, acordarea premiilor.

Conform regulamentului de organizare și funcționare al IMSP Centrul de Sănătate Visoca, Fondatorul are atribuția de aprobă statele de personal și organograma instituției, a coordona contractul de prestare a serviciilor medicale dintre IMSP Centrul de Sănătate Visoca și Compania Națională de Asigurări în Medicină în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator pentru anul 2024, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

3. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi.

Prin proiectul de decizie se propune:

1) coordonarea contractului de acordare a asistenței medicale pentru anul 2024, înregistrat cu nr.05-08/140 din 29 decembrie 2023, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în sumă de 3675534.58 lei, dintre care este planificat următorul volum de asistență medicală:

-Asistența Medicală Primară 3660984.58 lei

-Îngrijiri Medicale Comunitare și la Domiciliu 14550.00lei

2) aprobarea organigramei și statelor de personal pentru anul 2024 ale Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca.

3) stabilirea personalului de conducere salariului de funcție, suplimente la salariu de funcție, acordarea premiilor pentru zilele profesionale și de sărbătoare, care se achită din contul economiilor formate, începând cu data de 01 ianuarie 2024, după cum urmează:

Şef al IMSP CS Visoca -15800,00 lei;

Volumul mijloacelor financiare acumulate anual- 3675334 lei 85 bani, din care:

- Suma aprobată în contract de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/140 din 29 decembrie 2023 – 3675334lei 58 bani;
- Veniturile acumulate de instituție pentru anul precedent anului de gestiune – 3284835.33 lei;

4. Fundamentarea economico – finanțiară

Implementarea prevederilor proiectului de decizie nu presupune alocarea surselor financiare suplimentare.

5. Modul de încorporare a actului în cadrul normativ în vigoare.

Temei legal pentru elaborarea proiectului de decizie servește Legea nr.436/2006 privind administrația publică locală, cu modificările ulterioare; Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 cu modificările ulterioare; HG al RM nr.837/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice cu modificările ulterioare Regulamentul de organizare și funcționare a IMSP CS Visoca, aprobat prin decizia CR nr.20/04 din 26.10.2017,

6. Avizarea și consultarea publică a proiectului.

În scopul respectării prevederilor Legii nr.239/2008 privind transparența în procesul decizional, proiectul deciziei este plasat pe pagina web oficială a Consiliului Raional Soroca www.soroca.org.md, compartimentul Transparența Decizională. Proiecte intrate pentru consultări publice generale și va fi prezentat la audieri publice și prezentat în comisiile de specialitate ale Consiliului Raional Soroca.

Şef al IMSP CS Visoca



Agnesia Brighidin