REPUBLICA MOLDOVA

CONSILIUL RAIONAL SOROCA

D O S A R nr.01-2D 1/13

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

Data constituirii ____ 2026

Total file_____

Termen de păstrare-permanent

CONSILIUL RAIONAL SOROCA
Data 16. 01. 2026
Indicele 02/1-181/122

proiect

REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL SOROCA
DECIZIE
nr.__/___ din _____ 2026

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

Consiliul raional Soroca întrunit în ședința ordinară pe data de _____februarie 2026;
Având în vedere:
-Expunerea de motive din Nota informativă la proiectul de decizie Cu privire la Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca prezentat de Șefă IMSP CS Visoca nr.1 din 14.01.2026;
-Avizul Comisiilor consultative de specialitate;
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 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 asigurărilor obligatorii de asistență medicală, cu modificările ulterioare;
- Regulamentul de organizare și funcționare a Instituției Medico-Sanitară Publică Centrul de Sănătate Visoca, aprobat prin decizia Consiliul Raional 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 31 decembrie 2025 pentru anul 2026, conform anexei nr.1.
2. Se aprobă organigrama și statele de personal ale Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca pentru anul 2026, conform anexelor nr.2, nr.3.
3. Se stabilește salariul de funcție personalului de conducere al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Visoca pentru anul 2026, conform anexei nr.4.
4. Se acordă premiul personalului de conducere pentru zilele profesionale (Ziua lucrătorului medical și a farmacistului) și de sărbătoare (25 decembrie – Nașterea lui Iisus Hristos (Crăciunul pe stil nou), pentru anul 2026 în mărime de până la un salariul de funcție, din contul economiilor formate, proporțional cu mărimea premiului pentru angajații din subordine.
5. Contabilitatea instituției va calcula și va achita salariul de funcție, precum și suplimentele la salariul de funcție lunar, acordarea premiilor personalului de conducere din instituțiile medico-sanitare publice, specificați în anexa nr.3 a Hotărârii Guvernului nr.837/2016 conform legislației în vigoare.

CONSILIUL RAIONAL SOROCA
Data _____
Indicele_____

6. Se deleagă dlui Veaceslav Rusnac, Preşedinte al Raionului Soroca împuterniciri depline pentru semnarea şi coordonarea pentru anul 2026 a devizul de venituri şi cheltuieli (business-plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi din mijloacele acumulate din serviciile contra plată a instituţiei, acordurilor adiţionale la contractul de acordare a asistenţei medicale cu Compania Naţională de Asigurări în Medicină, coordonarea şi semnarea modificărilor la devizurile de venituri şi cheltuieli în limita sumei contractate cu Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi în limita veniturilor acumulate din serviciile contra plată a instituţiei, precum şi alte împuterniciri în vederea bunei funcţionări a instituţiei.
7. Prezenta decizie întră în vigoare la data includerii în Registrul de Stat al Actelor Locale şi se aduce la cunoştinţă publică prin plasarea pe pagina web a Consiliului raional.
8. Decizia în cauză poate fi contestată cu cererea prealabilă adresată Consiliului Raional Soroca, cu sediul în mun.Soroca, str.Ştefan cel Mare, 5, în termen de 30 de zile, conform prevederilor Codului administrativ al Republicii Moldova.

[redacted] Brighidin aAgnesia, şefă-interimar al IMSP CS Visoca

Avi[redacted]ela Gherega, şefă a Serviciului Asistenţă Juridică

[redacted]na Mărîi, Secretară a Consiliului Raional Soroca

Coo[redacted]aceslav Rusnac, Preşedinte al Raionului Soroca

[redacted]la Bordianu,Vicepreşedintă a Raionului Soroca

[redacted]rie Tănase, Vicepreşedinte al Raionului Soroca

Aprobat
prin Hotărârea Guvernului
nr.770 din 9 noiembrie 2022

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

mun. Chişinău **"31" decembrie 2025**

I. PĂRŢILE CONTRACTANTE

Compania Naţională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acţionează în baza **Statutului**, şi Prestatorul de servicii medicale (în continuare – **Prestator) Instituţia Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Visoca"**, reprezentată de către **dna Agnesia Brighidin, şefă interimară,** care acţionează în baza **Regulamentului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Contract), convenind asupra următoarelor:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului îl constituie acordarea asistenţei medicale de către Prestator, în volumul şi de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală (în continuare – Program unic), Normele metodologice de aplicare a acestuia şi de Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **4 151 772 MDL 11 bani** (patru milioane una sută cincizeci şi una mii şapte sute şaptezeci şi doi MDL 11 bani). Volumul şi condiţiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt specificate în anexele nr.1-2 la Contract.

III. OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistenţă medicală calificată şi de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic şi în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alţi prestatori care activează în conformitate cu legislaţia, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic şi cerinţelor Protocoalelor clinice naţionale;

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

3) să asigure confidenţialitatea informaţiei cu privire la starea sănătăţii persoanei, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege;

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

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

6) să verifice şi să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenţei medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum şi statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM;

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

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri şi forme de diagnostic şi tratament;

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

10) să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic şi în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi conform condiţiilor 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 asistenţă medicală;

13) abrogat;

14) să planifice şi să execute proporţional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenţei medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul şi 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 şi să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri şi cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, pentru fiecare tip de asistenţă medicală contractat, precum şi modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiţionale şi modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe şi să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri şi cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală în termenele şi modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum şi alte informaţii aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional automatizat de creare şi circulaţie 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, şi/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale şi prevederilor actelor normative;

18) să ţină evidenţa şi să completeze corect şi la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistenţă medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistenţă medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informaţional „Evidenţa şi raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)", datele la nivel de pacient reflectate în fişa medicală a bolnavului de staţionar, 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 sănătăţii persoanei asigurate de către persoanele fizice şi juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi directorului general al CNAM;

21) să prezinte informaţiile/documentele şi să creeze condiţiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM a volumului şi modului de acordare a asistenţei medicale, precum şi a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relaţiilor contractuale curente şi precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele şi alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenţei medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi informaţia privind veniturile şi cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporţionale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre iniţierea procesului de insolvabilitate, reorganizare, suspendare a activităţii, lichidare a Prestatorului sau obţinerea deciziei de neacreditare;

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

25) să utilizeze sistemele informaţionale ale Ministerului Sănătăţii şi CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală şi a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice şi dările de seamă prezentate CNAM, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaţionale;

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

28) să-şi reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocaţiile fondatorului şi mijloacele financiare obţinute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate şi persoanelor neasigurate care au dreptul la asistenţa medicală specificată în Programul unic şi 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 şi eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaţionale 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 şi în limitele Contractului;

3) să monitorizeze şi să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului şi cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calităţii şi costului asistenţei medicale acordate persoanelor, precum şi gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă 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 internaţionale de medicamente compensate şi Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatori de asistenţă medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi 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-condiţionate şi stărilor de urgenţă, cu impact major asupra sănătăţii publice;

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

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

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ŞI MODUL DE ACHITARE

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

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcţie de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei şi volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, şi nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiţia 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 asistenţă medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăţi 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 influenţa înregistrarea creanţelor CNAM faţă de Prestator la sfârşitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenţiei de rezoluţiune a Contractului de către una din Părţi;

4) obţinerea deciziei de neacreditare.

4.4. În cazul înregistrării creanţelor CNAM faţă de Prestator pentru un anumit tip de asistenţă medicală, inclusiv a creanţelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reţinută din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă medicală. În cazul imposibilităţii reţinerii sumei creanţelor din contul transferurilor ulterioare pentru acelaşi tip de asistenţă 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 asistenţă medicală respectiv şi/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în caz contrar suma urmează a fi reţinută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistenţă medicală.

4.5. Suma şi volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiţionale în partea majorării sau diminuării, în funcţie de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalităţii de achitare şi facturare a serviciilor medicale se conţine în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRŢILOR

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 asistenţă medicală, în conformitate cu Programul unic şi Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie şi cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calităţii şi calificării, inclusiv condiţionarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigaţiilor şi a efectuării altor plăţi nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

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

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic şi a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată şi servicii medicale de înaltă performanţă, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informaţional „Raportarea şi evidenţa serviciilor medicale". Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

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

5) neasigurarea veridicităţii informaţiei introduse în darea de seamă privind numărul şi lista nominală a pacienţilor beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinaţie specială, consumabile şi dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinaţie specială, consumabilelor şi dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor şi procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferenţa de cost al cazurilor de până la şi după auditul codificării;

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

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

1) în contextul relaţiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relaţiilor contractuale curente:

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

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) şi 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM, în scopul reţinerii 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 asistenţă medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidenţa contabilă conform pretenţiei emise de CNAM în scopul reţinerii 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 asistenţă medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi 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 reţinerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor şi cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit şi pe fiecare tip de asistenţă medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistenţă medicală la altul se permite cu condiţia restituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârşitul 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 ŞI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfăşoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă 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 asistenţei medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.

6.3. Perioada de acordare a asistenţei medicale se stabileşte de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2026.

VII. MODIFICAREA ŞI REZOLUŢIUNEA CONTRACTULUI

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

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părţile contractante pentru neonorarea obligaţiilor contractuale, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate, cu condiţia notificării intenţiei de rezoluţiune cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte rezoluţiunea.

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

1) încălcarea esenţială de către Prestator a obligaţiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală;

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

3) iniţierea procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum şi a autorizaţiei sanitare de funcţionare;

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

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziţia structurilor abilitate cu dreptul de evaluare şi monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale şi administrative, precum şi îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării şi monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului şi nerespectarea condiţiilor acordării asistenţei 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 asistenţă medicală.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislaţiei ce reglementează sistemul ocrotirii sănătăţii, modul de acordare a asistenţei medicale sau condiţiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, Părţile contractante se obligă, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiţionale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiţionale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluţiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEXECUTAREA OBLIGAŢIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părţilor care justifică neexecutarea obligaţiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părţi intervenirea impedimentului şi efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanţe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligaţiilor contractuale este justificată doar pe durata existenţei impedimentului.

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

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

IX. CORESPONDENŢA

9.1. Corespondenţa ce ţine de derularea Contractului se efectuează în scris prin poştă, curier sau în format electronic la adresele de corespondenţă menţionate în datele de identificare ale Părţilor.

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 Părţi contractante schimbarea survenită.

X. ALTE CONDIŢII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 9 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeaşi putere juridică.

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

10.3. Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă ţin de competenţa instanţelor judecătoreşti.

10.4. Părţile contractante convin asupra faptului că orice obiecţie asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă şi Părţile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepţionării pretenţiei.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi şi obligaţii ce reies din Contract agenţiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice şi rechizitele bancare ale Părţilor

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

Prestatorul
IMSP „Centrul de Sănătate Visoca"
rl. Soroca, s.Visoca
IDNO 1010607003501

Semnăturile părţilor

CNAM

Ion Dodon

L.Ş. Digitally signed by Dodon Ion
Date: 2025.12.30 17:43:39 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ

Prestatorul

Agnesia Brighidin

L.Ş. Digitally signed by Brighidin Agnesia
Date: 2026.01.02 11:22:16 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova
MOLDOVA EUROPEANĂ

Anexa nr. 1
la Contractul de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. **05-08/140**
din **31 decembrie 2025**

Asistenţa medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistenţă medicală primară:

1)

Nr. d/o	Categoria de vârstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistenţă medicală primară	Suma (MDL)
1) Per capita:				
1	de la 0 până la 2 ani	1472,91	38	55 970,58
2	de la 2 până la 5 ani	1293,69	80	103 495,20
3	de la 5 până la 8 ani	985,67	92	90 681,64
4	de la 8 până la 50 ani	560,04	1894	1 060 715,76
5	50 ani şi peste	1226,49	1657	2 032 293,93
	Total	**X**	**3 761**	**3 343 157,11**
Suma totală per capita				**3 343 157,11**

2)

Nr. d/o	Denumire serviciu medical	Forma de plată	Suma (MDL)
1	Suma pentru servicii paraclinice	Plată retrospectivă	808 615,00
	Total		**808 615,00**

3) Suma totală alocată pentru asistenţa medicală primară constituie **4 151 772 MDL 11 bani**.

Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenţei
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistenţă medicală nr. **05-08/140**
din **31 decembrie 2025**

Condiţii speciale

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

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

3. Prestatorul, în vederea realizării obligaţiunilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informaţional automatizat „Asistenţa Medicală Primară" (SI AMP), precum şi alte sisteme informaţionale relevante

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

5. Prestatorul va ţine evidenţa biletelor de trimitere pentru serviciile medicale paraclinice prestate de alţi prestatori, efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, precum şi evidenţa biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată şi pentru serviciile medicale de înaltă performanţă.

6. Prestatorul de servicii medicale de asistenţă medicală primară poartă responsabilitate pentru planificarea şi executarea mijloacelor financiare, în scopul efectuării serviciilor medicale paraclinice, inclusiv serviciile medicale paraclinice procurate de la alţi prestatori.

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

Procurarea, raportarea şi achitarea retrospectivă a serviciilor medicale de la alţi prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu acestea, care nu depăşesc tarifele prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011.

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

Prestatorul poartă responsabilitate de veridicitatea datelor raportate în sistemul informaţional „Raportarea şi Evidenţa Serviciilor Medicale" (excluderea cazurilor de dublare a serviciilor medicale paraclinice).

7. Prescriptorii de servicii medicale de înaltă performanţă sunt responsabili de eliberarea biletului de trimitere şi se obligă să informeze pacientul privind cele 3 modalităţi de programare:

a) individual, prin accesarea adresei web https://sirsm.cnam.gov.md, sau

b) prin intermediul Centrului de apel al CNAM;

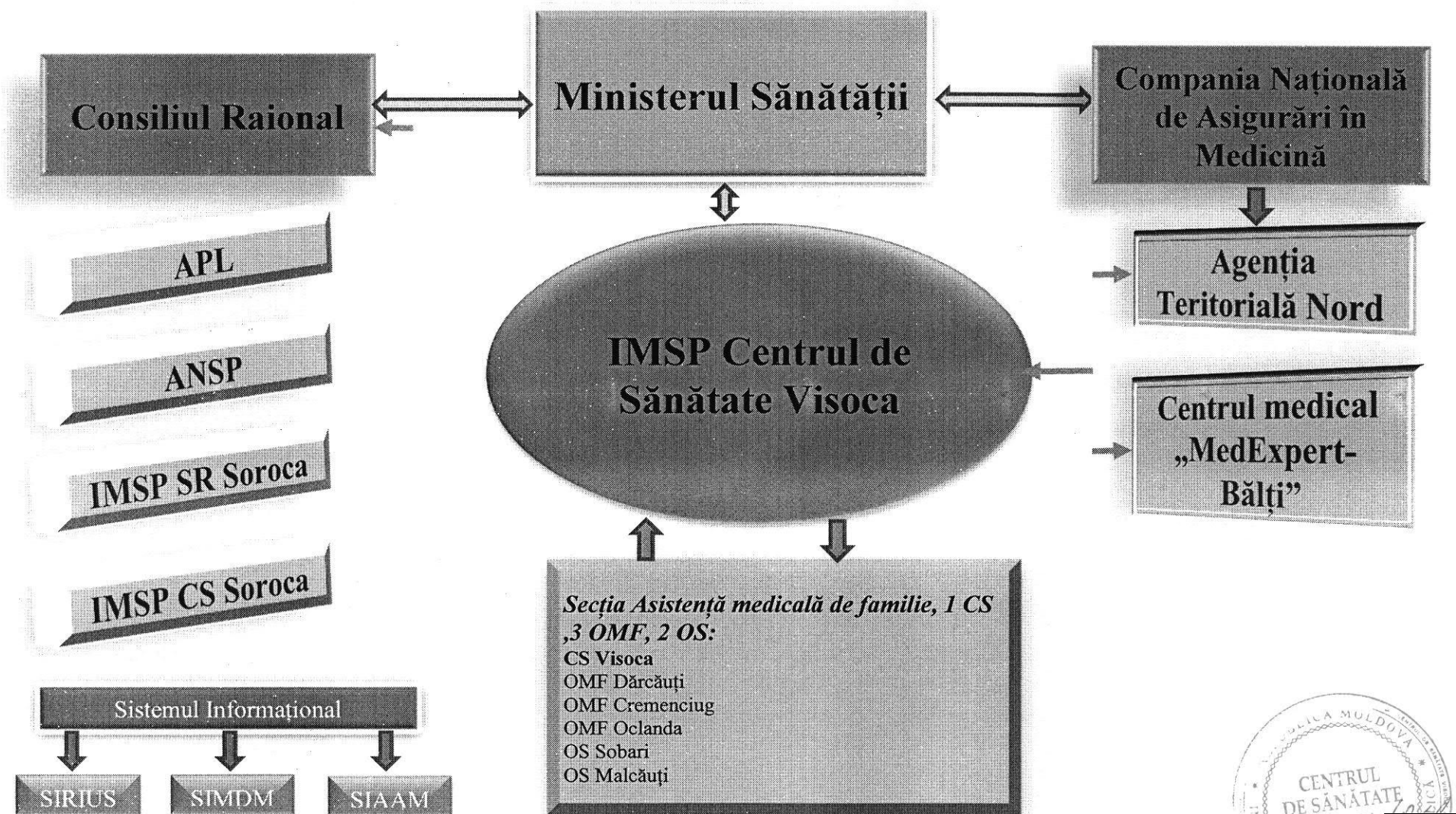
c) cu ajutorul medicului în cazul în care Pacientul nu utilizează computerul.

8. Instituţia medicală va asigura evidenţa contabilă conformă a veniturilor şi cheltuielilor pe tipuri de asistenţă medicală, inclusiv pentru serviciile medicale contractate prin metoda de plată "buget global".

Anexa nr.2 la decizia
Consiliului Raional Soroca
nr.__ din____ februarie 2026

ORGANIGRAMA

IMSP Centrul de Sănătate Visoca



[redacted]

Anexa nr.3 la decizia
Consiliului Raional Soroca
nr.__ din____ februarie 2026

State de personal
IMSP CS Visoca, r-nul Soroca anul 2026
Centru de Sănătate autonom
Cereri de înregistrare la medicul de familie -3761

Nr d/o	Codul funcţiei	Denumirea funcţiei	Numărul de unităţi aprobate în statele de personal	Normativ de personal (calcul)
1.	134211	Şef IMSP Centrul de Sănătate -75% efort medic de familie	1.0	1,0 unitate
		total	**1.0**	**1,00**

s. Visoca-1842 cereri				
2.	221104	Medic medicina de familie	0,50	1821/1500=1,25-0,75 efort şef Centru=0,50
3.	134201	Asistentă medicală superioară cu 75% efort asistent medical	1,0	1,00
4.	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	2,50	1821/750=2,43=2,50
5.	325301	Asistentă medicală comunitară	1,00	1821/500x0,25=0,91=1,00
6.	321203	Felcer-laborant	1,00	1,0 unitate la Centru
7.	532102	Infirmiera	1,0	1,0
8.	962908	Paznic	0,25	0,25
9.	832202	Şofer	1,00	1,00
10.	242320	Specialist resurse umane	0,25	0,25
11.	241106	Contabil (Salariu, achiziţii)	0,50	0,50
12.	252201	Administrator de sistem de tehnologie a informaţiei	0,25	0,25
		total	**9,25**	**9,25**
OMF Dăcăuţi 891 cereri				
13	221104	Medic medicina de familie	0.75	891+103+161/1500=0,77=0,75
14	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	1,25	891+103/750=1,32=1,25
15	325301	Asistentă medicală comunitară	0,50	891+103/500x0,25=0,45=0,5
16	532102	Infirmiera	0,75	0,75
		total	**3,25**	**3,25**
OMF Cremenciug -416 cereri				
17	221104	Medic medicina de familie	0,50	416+348/1500=0,50
18	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	1,00	416/750=0,55=1,00
19	532102	Infirmieră (m.p.)	0,50	0,50
		total	**2,00**	**2,00**

OMF Oclanda- 348				
20	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0,75	348/750=0,46=0,75
21	532102	Infirmieră	0, 50	0, 50
		total	**1,25**	**1,25**
OS Sobari - 161				
22	322101	Asistentă medicală specializată (de familie)	0,25	161/750=0,21=0,25
23	532102	Infirmieră	0,25	0,25
		total	**0,50**	**0,50**
OS Malcăuți - 103				
24	532102	Infirmieră(m.p.)	0,25	0,25
		total	**0,25**	**0,25**
		Total IMSP	**17,50**	

State de personal
IMSP CS Visoca, r-nul Soroca
anul 2026
Centru de Sănătate autonom
Cereri de înregistrare la medicul de familie -3761

Subdiviziunea	Număr de persoane Înregistrate la medicul De familie	State total	Personal de conducere	Medici	Personal medical mediu	Infirmiere	Alt personal
s. Visoca	**1842**	**10,25**	**1,0**	**0,50**	**5,50**	**1,0**	**2,25**
OMF Dărcăuți	**891**	**3,25**		**0,75**	**1,75**	**0,75**	
OMF Cremenciug	**416**	**2,00**		**0,50**	**1,00**	**0, 50**	
OMF Oclanda	**348**	**1,25**			**0,75**	**0,50**	
OS Sobari	**161**	**0,50**			**0,25**	**0,25**	
OS Malcăuți	**103**	**0,25**				**0,25**	
total	**3761**	**17,50**	**1,00**	**1,75**	**9,25**	**3,25**	**2,25**

Şef
al IMSP CS Visoca **Brighidin Agnesia**

Anexa nr.4 la decizia
Consiliului Raional Soroca
nr.__ din____ februarie 2026

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

Nr.d/o	Numele prenumele	Funcția	Salariulde funcție
1.	Brighidin Agnesia	șef	[redacted] lei

Şef -interimar al IMSP CS Visoca [redacted] **A.Brighidin**

REPUBLICA MOLDOVA
CENTRUL DE SĂNĂTATE VISOCA
IDNO 1010607003504
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP CENTRUL DE SĂNĂTATE VISOCA
MD-3015, R. Soroca, s. Visoca, tel.(230) 52-2-88, fax – 52-2-88

nr. 1 din 14.01.2026

NOTA DE FUNDAMENTARE

la proiectul de deciziei

„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 organigrama 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 modificarile 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 stabileste 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 a aprobă statele de personal și organigrama instituției, a coordona contractului 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 2026, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistentă medicala.

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 2026, înregistrat cu nr.05-08/140 din 31 decembrie 2025, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în sumă de ***4151772.11 MDL*** dintre care este planificat următorul volum de asistență medicală:

-Asistența medicală Primară 4151772.11 lei

2) aprobarea organigramei și statelor de personal pentru anul 2026 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, începînd cu data de 01 ianuarie 2026, după cum urmează:

Șef al IMSP CS Visoca - [redacted] lei;

Volumul mijloacelor financiare acumulate anual- ***4151772*** lei 11 bani, din care:
-Suma aprobată în contract de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/140 din 31 decembrie 2025 – 4 151772.11 lei;

4. Fundamentarea economico – financiară

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 modificarile 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 întrate pentru consultări publice generale și va fi prezentat la audieri publice și prezentat în comisiile de specialitate ale Consiliului Raional Soroca.

Șefă-interimar al IMSP CS Visoca [redacted] Agnesia Brighidin

REPUBLICA MOLDOVA
CENTRUL DE SĂNĂTATE VISOCA
IDNO 1010607005501
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ