



REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL SOROCA

DECIZIE

Cu privire la coordonarea contractului de prestare a serviciilor medicale dintre Spitalul raional Soroca „A. Prisacari” și Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru anul 2021

Consiliul Raional Soroca întrunit în ședință ordinară pe data de 22 aprilie 2021;

În temeiul :

- art. 43 alin. 2 din Legea nr.436/2006 privind administrația publică locală, cu modificările ulterioare;
- Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, cu modificările ulterioare ;
- Regulamentul de organizare și funcționare a IMSP Spitalul raional Soroca „A. Prisacari”, coordonat prin decizia CR nr. 20/04 din 26.10.2017

DECIDE :

1.Se coordonează contractul de prestare a serviciilor medicale dintre IMSP Spitalul raional Soroca „A. Prisacari” și Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru anul 2021 nr.05-08/38 din 31 decembrie 2020, conform anexei.

2.Prezenta decizie se aduce la cunoștință publică prin publicarea în Registrul de Stat al Actelor Locale și totodată se comunică prin transmiterea copiilor:

- Președintelui Raionului Soroca
- IMSP Spitalul raional Soroca „A. Prisacari”;
- Vicepreședintelui raionului Soroca.

Președinte al ședinței

Contrasemnat



Tănase Iurie

Zabrian Stela,
Secretar al Consiliului Raional Soroca

Nr. 2/16
din 22 aprilie 2021
Municipiul Soroca

chiluxa
la decizia CA Soroca
nr. 2/16

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/38

mun. Bălți

„ 31 ” decembrie 2020

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - **Companie**), reprezentată de către **Agenția teritorială Nord** (în continuare - **Agenție**), în persoana dlui **Cugal Grigore**, director, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Soroca ”A.Prisacari”**, reprezentată de către dna **Rusnac Angela**, director (în continuare - **Prestator**), 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:

2. Obiectul Contractului

2.1. Obiect al prezentului Contract 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 prezentul Contract.

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **78 544 928 MDL 44 bani** (șaptezeci și opt milioane cinci sute patruzeci și patru mii nouă sute douăzeci și opt MDL 44 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-3 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale;

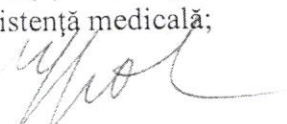
să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiștii de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesînd baza de date a Companiei și actele care atestă identitatea pacientului. În cazul spitalizării, să stabilească statutul de persoană asigurată/neasigurată la momentul internării. În caz de necesitate, să contacteze Compania;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor efectua în condițiile art.5 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;



să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;

să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;

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 prezentul Contract;

să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul, numerotat, broșat și parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate;

să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

să prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract;

să prezinte Companiei, până la data de 18 a lunii imediat următoare perioadei de gestiune, factura pentru serviciile medicale prestate și documentele justificative în modelul solicitat de Companie, conform prevederilor prezentului Contract și Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând Companiei lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companie, pe tipuri de asistență medicală;

să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV și facturile de plată pentru luna decembrie/trimestrul IV al anului respectiv de gestiune conform termenelor stabilite de Companie, ultimele zile ale lunii fiind incluse în darea de seamă pentru luna ianuarie a anului următor;

să prezinte Companiei, până la data de 15 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, informația privind cazurile tratate cu leziuni corporale și alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, după modelul solicitat de Companie;

să prezinte materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, în temeiul prezentului Contract, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

să comunice Companiei, în termen de cel mult 3 zile după adoptarea deciziei, despre întreruperea activității sau anularea licenței, reorganizarea sau lichidarea instituției, inițierea procesului de insolvență, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

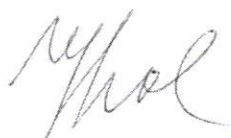
să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei, prezentând și preluând rapoarte și alte date prevăzute de actele normative în vigoare și de prezentul contract;

să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile și dările de seamă prezentate Companiei;

să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute, conform prezentului contract, doar cheltuielile necesare realizării Programului unic;

să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare;

să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;



să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării prezentului Contract și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005;

să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administrației publice în domeniul respectiv și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3.2. Compania se obligă:

să transfere Prestatorului mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele prezentului Contract;

să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de Companie în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative în vigoare.

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă și facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.4. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală aferentă acestor servicii.

4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei.

4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile cînd serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.

5.2. În cazul confirmării cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raport de evaluare întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.



5.2¹. Prestatorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator și asistență medicală spitalicească poartă responsabilitate pentru:

prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și pentru eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va percepe suma prejudiciată, care se va transfera la contul Companiei. În cazul completării neregulamentare a formularului de rețetă pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va aplica o penalitate de 5% din suma compensată a rețetelor completate eronat;

înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. În cazul constatării înregistrărilor duble ale persoanelor, precum și lipsa cererilor completate de persoană în modul stabilit, Compania va reține suma aferentă, la tariful stabilit în prezentul Contract, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

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 în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, precum și alte acte justificative la cererea Companiei. În cazul constatării înscrierilor neautentice, Compania va reține suma aferentă din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). În cazul în care prin nerrespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

5.3. În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 30% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.

5.3¹. Nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și se va aplica o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se va transfera la conturile Companiei.

5.3². Prestatorul poartă responsabilitate pentru neexecutarea pretențiilor înaintate în urma evaluării efectuate. În cazul neexecutării în termenul stabilit a pretențiilor înaintate, prestatorului i se va aplica o penalitate de 1% din suma menționată în pretenție, cu aplicarea unui nou termen de executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

5.4. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în prezentul Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, Compania va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

5.5. În caz de forță majoră, Partea care o invocă este exonerată de răspundere în baza prezentului Contract:

Partea nominalizată trebuie să anunțe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre încetarea acestuia;

dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părți prin neanunțarea în termen;

în cazul în care acțiunea forței majore se prelungește pe o perioadă de peste 6 luni, fiecare Parte poate cere rezilierea Contractului.



5.6. Prestatorul este obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar care, fiind incluse în costul serviciilor medicale prestate, au fost achitate de Companie conform prezentului Contract.

6. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1 ianuarie 2021 până la 31 decembrie 2021.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, până la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Până la data de 31 decembrie Compania pregătește și coordonează cu Prestatorul proiectul contractului și anexele respective.

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale, Părțile vor modifica volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale anuale.

7.2. Prezentul Contract poate fi reziliat din inițiativa Companiei, printr-o notificare în următoarele cazuri:

dacă Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile calendaristice de la data semnării Contractului, în cazul executării de către Companie a obligațiilor sale stipulate în prezentul Contract;

în caz de inițiere a procesului de insolvabilitate, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenței sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum și a autorizației sanitare de funcționare;

dacă, din motive imputabile Prestatorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, 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 Companie, a documentelor medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat, precum și în cazul îngrijirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei.

7.3. Prezentul Contract poate fi reziliat de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

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 calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.


8. Corespondența

8.1. Corespondența ce ține de derularea prezentului Contract se efectuează în scris prin poștă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în rechizitele Contractului.

8.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile din data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părți contractante schimbarea survenită.

9. Alte condiții

9.1. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 9 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.



9.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din prezentul Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

9.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești abilitate conform legislației în vigoare.

9.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării prezentului Contract va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției.

9.5. Compania poate delega unele drepturi și obligațiuni ce reies din prezentul Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

9.6 Anexele nr.1-3 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania
Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab, 46
IDNO 1007601007778

Prestatorul
IMSP „Spitalul Raional Soroca” A. Prisacari”
mun. Soroca, str. Mihail Kogălniceanu, 1
IDNO 1003607150209

Semnăturile părților

Compania

Prestatorul

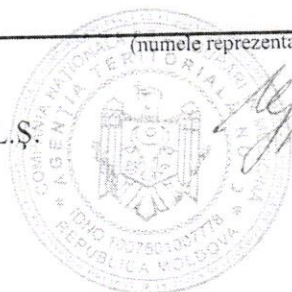
Cugal Grigore

Rusnac Angela

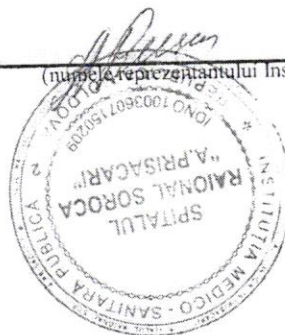
(numele reprezentantului Companiei)

(numele reprezentantului Instituției medicale)

L.Ș.



L.Ș.



Anexa nr. 1
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor
 medicale) în cadrul asigurării obligatorii
 de asistență medicală nr. 05-08/38
 din 31 decembrie 2020

Asistența Medicală Specializată De Ambulator

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Per capita				
1	AMSP per capita	207.88	57 308.00	11 913 187.04
TOTAL:		X	57 308.00	11 913 187.04
2) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Tbc AMSA			435 056.25
TOTAL:		X		435 056.25
Suma totala pentru AMSP				12 348 243.29
IN TOTAL:				12 348 243.29

Compania



Prestatorul



Anexa nr. 2
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor
 medicale) în cadrul asigurării obligatorii
 de asistență medicală nr. 05-08/38
 din 31 decembrie 2020

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

Denumire program	Metoda de plată	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif	Suma
Program general	Per caz	8 850	0.9619	5 473	62 133 481.96
Program „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”	Per caz	1 380	1.2550	5 473	
Chirurgie de zi	Per caz	400	0.6878	5 473	
Cazuri cronice:					
Reabilitare	Per caz			6 245	
Geriatric	Per caz			4 424	
Îngrijiri medicale paliative (hospice)	Per zi-pat			670	
Program special „Protezare articulațiilor mari”	Per caz	40	9.1641	4 667	1 710 754.19
Unitate de Primire Urgențe tip II	Buget global				2 352 449.00
TOTAL	X	X	X	X	66 196 685.15

Compania



Prestatorul



Anexa nr. 3

la Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/28 din 31 decembrie 2020

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2021 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 2021 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 condiții de hospice numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.

3. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (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 va dezvolta capacitățile instituției pentru asigurarea prescrierii serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capitolele IV-XIII 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”.

5. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. În cazul în care Prestatorul nu va valorifica cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei de gestiune (ținând cont de datoriile debitoare și creditoare), Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

6. În cazul modificării pe parcursul anului de gestiune a Valorilor Relative în cadrul sistemului DRG (CASE-MIX), aprobate conform actelor normative în vigoare, ca urmare a realizării unui exercițiu de determinare a costurilor Grupurilor Omogene de Diagnostic (DRG), Compania va opera modificările corespunzătoare la prezentul Contract, prin încheierea cu Prestatorul a unui acord adițional.

7. În temeiul art.15 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și întru executarea Ordinului comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014, cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, și în scopul realizării acțiunilor de regres de către CNAM pentru recuperarea cheltuielilor suportate pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate cărora le-a fost cauzat prejudiciu sănătății de către persoane juridice sau fizice, prestatorul de servicii medicale va prezenta pînă la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, informația privind cazurile de leziuni corporale și alte maladii cauzate persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, conform formularelor aprobate prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 (modificat prin Ordinul comun MSMPS și CNAM nr.1299/373-A din 30.12.2020).



Compania



Prestatorul



**Raportul privind activitatea economico-financiară a
ÎM „Centrul Stomatologic Raional Soroca,, pentru anul 2020**

Întreprinderea Municipală “Centrul Stomatologic Raional Soroca” este fondată în baza Deciziei Consiliului Raional Soroca nr.21/06 din 28 noiembrie 2013 prin delimitarea juridică de la IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”.

Genul de activitate este prestarea serviciilor medicale stomatologice terapeutice și ortopedice.

Patrimoniul Întreprinderii Municipale “Centrul Stomatologic Raional Soroca” este format din:

- a) bunuri primite în gestiune economică de la Fondator și procurate pe parcursul activității;
- b) mijloace financiare obținute de la prestarea serviciilor medicale stomatologice contra plată, prestate conform legislației în vigoare;
- c) mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, obținute în urma acordării serviciilor medicale stomatologice conform Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală , în baza contractului cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- d) venituri obținute de la arendarea încăperilor.

Activitatea economico-financiară a Întreprinderii Municipale “Centrul Stomatologic Raional Soroca” este planificată conform devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) astfel, încât să asigure activitatea și dezvoltarea sa ulterioară. Potrivit Regulamentului de activitate Întreprinderea Municipală “Centrul Stomatologic Raional Soroca” planifică individual activitatea sa economico-financiară, coordonând cu Fondatorul cheltuielile pentru salarizarea angajaților, procurarea medicamentelor, materialelor și instrumentelor și cu Compania Națională de Asigurări în Medicină – pentru mijloacele provenite din contul alocațiilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

VENITURI:

Pentru anul 2020 veniturile au constituit 3248616,36 lei, inclusiv:

- 1) venituri de la CNAM conform contractului - 1409137,20 lei

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
1.	Per capita	24,60	57282	1409137,20

2) Venituri din prestarea serviciilor contra plată – 1735957,00 lei, inclusiv:

*prestate populației – 1670185,00 lei

*prestate deținuților din Penitenciarul nr.6 Soroca conform contractului – 14015,00 lei

*prestate participanților la lichidarea avariei de la Cernobîl conform Contractului încheiat cu Asociația Curativ Sanatorială și de Recuperare a Cancelariei de Stat – 5919,00 lei.

*prestate pacienților de la Centrul de Plasament Temporar pentru Persoane cu Dizabilități din s.Bădiceni - 9828,00 lei

* prestate persoanelor din „Concordia,, Proiecte sociale - 680,00 lei

*prestate persoanelor de vârstă pensionară (95 persoane) conform Contractului încheiat cu Primăria mun.Soroca - 35430,00 lei

3) Plata de arendă – 44697,32 lei

4) Alocațiile Fondatorului pentru echipament medical – 52200,00 lei

5) Dobînda bancară de la BC „Victoriabank,,SA fil. Nr.6 Soroca – 944,63 lei

6) Consumabile și echipament medical primit cu titlu gratuit - 5679,21 lei

CHELTUIELI:

Cheltuielile pentru anul 2020 au fost efectuate conform devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) cu modificările de pe parcursul anului aprobate și coordonate de către Fondator și Compania Națională de Asigurări în Medicină (Agenția Teritorială).

1) Remunerarea muncii este efectuată în conformitate cu actele normative, care reglementează salarizarea angajaților din unitățile care activează pe principii de autogestiuine (Legea Salarizării nr.847-XV din 14.02.2002 cu modificările ulterioare, Hotărîrea Guvernului nr.165 din 09.03.2010 „Cu privire la cuantumul minim garantat al salariului în sectorul real,, cu toate modificările ulterioare). Coeficienții de salarizare sînt examinați la începutul anului de către comisia de tarificare în componența căreia face parte președintele comitetului sindical al întreprinderii. Pentru anul 2020 cheltuielile privind remunerarea muncii constituie – 1758014,73 lei sau 55,9% în raport cu veniturile acumulate din prestarea serviciilor.

2) Cheltuielile privind medicamentele constituie – 340414,16 lei, inclusiv 145561,28 lei din sursele CNAM.

3) Contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii (18%) – 316442,68 lei

4) Primele de asigurări obligatorii de asistență medicală (4,5%) – 79110,67 lei

5) Cheltuielile pentru perfecționarea cadrelor – 33565,60 lei

6) Gaze – 54516,36 lei

7) Energia electrică – 64451,99 lei

8) Apa, canalizarea și salubritatea – 21339,50 lei

9) Deplasări în interes de serviciu – 7430,80 lei

10) Poleirea dinților – 15005,00 lei

11) Gips – 2375,00 lei

12) Impozite și taxe – 12095,93 lei

13) Reparația curentă a mijloacelor fixe efectuată de terți – 2000,00 lei

14) Uzura mijloacelor fixe – 110675,04 lei

15) Uzura activelor nemateriale (certIFICATE de acreditare) – 1112,86 lei

16) Dezinfectanți - 17482,54 lei

17) Alte cheltuieli (rechizite de birou, blanchete, telefon, internet, material de gospodărie, detergenți, inventar moale, inventar tare) – 318378,48 lei

Total cheltuieli pentru anul 2020 – 3154411,34 lei

Rezultatul activității Întreprinderii Municipale “Centrul Stomatologic Raional Soroca” în anul 2020 constituie **profit net în sumă de 94205,02 lei.**

ACTIVE la situația 31.12.2020 - 2261111,50 lei, inclusiv:

- Mijloace fixe – 1669697,26 lei, inclusiv 997195,30 lei constituie costul clădirii. Uzura lor este de 685359,85 lei sau 41,0% din suma mijloacelor fixe.
- Certificatul de acreditare eliberat în august 2020 pentru 5 ani de activitate constituie 6235,00 lei cu amortizarea de 415,64 lei.
- Suma materialelor în stoc la finele anului 2020 constituie 102978,61 lei, inclusiv medicamentele – 91346,88 lei
- Creanțele comerciale include datoria pentru serviciile comunale a arendașilor pentru luna decembrie 2020 în sumă de 2871,02 lei, accesul la internet – 1052,26 lei, datoria CNAM pentru servicii medicale - 24428,10
- Creanțe ale bugetului – 34011,40 lei (impozitul pe venit din activitate achitat în rate trimestrial pe parcursul anului)

- Creanțe ale personalului (contributii individuale de asigurari sociale de stat obligatorii pentru luna decembrie 2020)
- Alte creanțe curente – 0,30 lei, ce constituie plata de arendă .
- Numerar în casierie și la conturi curente – 1084825,65 lei
- Alte active circulante (blanchete statistice) – 1250,62 lei

PASIVE la situația 31.12.2020 - 2261111,50 lei, inclusiv:

- Capital social – 5000,00 lei
- Patrimoniul primit de la stat cu drept de proprietate – 1402696,63 lei
- Profitul nerepartizat al anilor precedenți – 312235,83 lei
- Fondul de active imobilizate - 48420,00 lei
- Datorii comerciale – 16379,40 lei, inclusiv:
 - servicii de telefonie fixă – 64,49 lei
 - apa și canalizarea – 1539,55 lei
 - energia electrică - 10251,46 lei
 - evacuarea deșeurilor medicale – 1020,00 lei
 - medicamente - 1424,90 lei
 - servicii de achiziție a medicamentelor - 42,00 lei
 - poleirea dinților - 1940,00 lei
 - petrol - 97,00 lei
- * Datoriile față de personal (salariul neachitat pentru luna decembrie 2020) – 297734,84 lei
- * Datorii privind asigurările sociale și medicale – 71107,17 lei
- * Alte datorii (datorii preliminate privind primele de asigurare obligatorie de asistență medicală) – 13332,61 lei

Secretarul Consiliului Raional



Zabrian Stela