

29-01



REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL SOROCA

DECIZIE
Nr. ___ din ___ februarie 2019

Cu privire la normele specifice ale IMSP
Spitalul Raional Soroca pentru anul 2019

Consiliul raional Soroca întrunit în ședința ordinară din data de ___ februarie 2019
Luînd în dezbateri:

- Expunerea de motive din Nota informativă la proiectul deciziei prezentată de IMSP Spitalul Raional Soroca "A.Prisacari" nr. ___ din ianuarie 2019;
- Raportul de specialitate al Serviciului de Asistența Juridică nr. ___ din _____ 2019;

Avînd în vedere:

- Demersul IMSP Spitalul Raional Soroca "A.Prisacari"
- Avizul favorabil al comisiei de specialitate pentru buget, finanțe și administrația Patrimoniului;
- Avizul favorabil al Comisiei de specialitate pentru dezvoltarea socială, educație, cultură, tineret, sport;
- Decizia Consiliului Administrativ nr.1 din _____ 2019

În conformitatea cu prevederile:

- art.43 (alin.1) lit. i),q) din Legea administrației publice locale (nr.436 din 28.12.2006) și modificări și completări ulterioare, Consiliul raional Soroca;
- pct.13 subpunctul e) și f) din Regulamentul IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”, aprobat prin decizia Consiliului Raional Soroca nr.20/04 din 26 octombrie 2017, Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 1187 din 28.11.2018 „Cu privire la modificarea și completarea HG al RM nr.837 din 06.07.2016”, „Hotărîre privind Regulamentul de salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală” (MO nr.441-447, din 11 noiembrie 2018);
- pct. 79 al Convenției Colective (nivel de ramura) pe anii 2018-2021 încheiată între Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Compania Națională de Asigurări în Medicină și Sindicatul „Sănătatea” al Republicii Moldova;
- art.4 al Legii ocrotirii Sănătății nr.411 din 28 martie 1995 cu modificările și completările ulterioare;
- ordinul nr.1038 a MS din 23.12.2016 "Cu privire la aprobarea liste indicatorilor de performanță a IMSP și Regulamentul privind modul de evaluare a indicatorilor de performanță a activității IMSP" și modificările ulterioare a acestui Regulament, modificat prin ordinul MS și PS nr.139, P § 9 „Cu privire la modificarea anexelor nr.1 și 2 al Ordinului nr.1038 din 23.12.2016”;

DECIDE:

1.A aproba organigrama Instituției Medico-Sanitară Publică Spitalul raional Soroca „A.Prisacari” la nivel raional (anexa nr.1).

2.Se aprobă statele de personal ale IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” pentru anul 2019 (anexa nr.2).

3.Se coordonează contractul de prestare a serviciilor medicale dintre IMSP IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” și Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru anul 2019 nr. _____ din __ decembrie 2018 (anexa nr.3).

4.Se coordonează devizul de venituri și cheltuieli a IMSP IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” pentru anul 2019 din sursele financiare contractate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și din serviciile contra plată (anexa nr.4,5).

5.A numi persoană responsabilă președintele raionului Soroca dnul Muntean Ghenadie, pentru stabilirea salariului, suplimente la salariu pentru performanțe profesionale individuale în muncă, plata premiilor.

Prezenta decizie se aduce la cunoștință publică prin publicarea pe site-ul oficial al consiliului raional www.soroca.org.md și, totodată se comunică prin transmiterea copiilor:

-Oficiul Teritorial Soroca al Cancelariei de Stat a Republicii Moldova;

-Președintele Raionului Soroca;

-Direcția de Finanțe

-IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”



Elaborat:

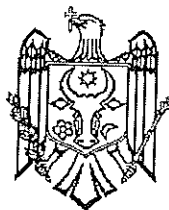
Rusnac Angela, director interimar al IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”

Coordonat:

Ghenadie Muntean, Președintele raionului

Vladimir Nicuță, Vicepreședinte al raionului

Avizat: _____ Stela Zabrian, Secretarul Consiliului Raional



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
SPITALUL RAIONAL SOROCA „A.PRISACARI”**

MD-3000, str.M.Kogălniceanu 1, or.Soroca, Republica Moldova
Web: www.sr-soroca.ms.md, e-mail: srsoroca@ms.md, Tel. 373 230 - 23487, 373 230 - 23741, Fax 373 230 - 23741

30 ianuarie 2019 Nr. 47

Consiliul Raional Soroca

**Nota informativă
la proiectul de Decizie din 07 februarie 2019
„Cu privire la normele specifice
a IMSP Spitalul raional Soroca A.Prisacari”**

Patrimoniul IMSP Spitalul raional Soroca “A.Prisacari” este format din:

- a) bunuri obținute în proprietate și procurate pe parcursul activității;
- b) mijloacele financiare obținute în urma prestării serviciilor medicale, inclusive contra plată;
- d) mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și asigurărilor facultative de sănătate;
- f) venituri obținute de la arendarea încăperilor.

Activitatea economico-financiară a IMSP Spitalul raional Soroca “A.Prisacari” este planificată conform devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) pentru ca să asigure atingerea scopurilor pentru dezvoltarea sa ulterioară. Potrivit Regulamentului instituției, IMSP Spitalul raional Soroca „A.Prisacari” își întocmește anual business-plan propriu. Devizele de venituri și cheltuieli (business-plan) sunt întocmite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, se examinează de către Consiliul administrativ și se coordonează cu Fondatorul, iar cel pentru mijloacele provenite din fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală – se coordonează și cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, incluzând cota cheltuielilor pentru salarizarea angajaților, alimentarea bolnavilor, procurarea medicamentelor, precum și alte cheltuieli. Mijloacele financiare care, la sfârșitul anului bugetar, constituie depășirea veniturilor asupra cheltuielilor IMSP Spitalul raional Soroca “A.Prisacari”, sunt utilizate pentru atingerea scopurilor regulamentare ale instituției în anul următor de gestiune, în conformitate cu prevederile legale, fiind incluse în devizele de venituri și cheltuieli (business-plan).

Remunerarea muncii se efectuează în baza actelor normative, care reglementează salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice, încadrate în sistemul asigurării

obligatorii de asistență medicală. IMSP Spitalul raional Soroca „A.Prisacari” a format un fond de cel puțin 2% din fondul de salarizare pentru instruirea personalului medico – sanitar și farmaceutic. IMSP Spitalul raional Soroca „A.Prisacari” a întocmit businessul-plan din următoarele surse:

1. *Alocațiile din fondul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală pentru acordarea serviciilor medicale incluse în Programul Unic, conform contractului cu CNAM;*
2. *Sursele financiare din serviciile contra plată obținute în urma prestării serviciilor medicale neprevăzute în Programul Unic;*
3. *Alocațiile bugetare alocate de Fondator pentru Ocrotirea sănătății a raionului.*

Organigrama IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” pentru 2019

Organigrama IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” a fost elaborată în temeiul examinării volumului îndeplinit de lucru în Asistența Medicală Spitalicească, numărul de paturi lucrative pe perioada 2014 - 2018, posibilitățile deschiderii secției de neurologie. Analiza a fost efectuată în temeiul Ordinului al MS al RM nr 100 , din 03 martie 2008, Ordinul al MS al RM nr.480, din 17.06.2016.

Organizarea deschiderii secției de neurologie în cadrul spitalului, cu regim non-stop, conform volumului de lucru va acoperi necesitatea solicitărilor populației raionului Soroca la serviciile medicale .

Organigrama se anexează .

Statele de funcții a lucrătorilor medicali IMSP Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari” pentru anul 2019

Administrația instituției a evaluat și examinat volumul îndeplinit de lucru în Asistența Medicală Spitalicească, numărul de paturi lucrative pe perioada 2014 - 2018, posibilitățile deschiderii secției de neurologi. Analiza a fost efectuată în temeiul Ordinului al MS al RM nr 100 , din 03 martie 2008, Ordinul al MS al RM nr.480, din 17.06.2016.

Statele de personal al IMSP Spitalul raional Soroca „A.Prisacari” pe anul 2019 au fost elaborate în urma analizei volumului de lucru, în temeiul ordinului Ministerului Sănătății al RM nr. 100 din 10.03.2008 „Cu privire la Normativele de personal medical”, Ordinul al MS al RM nr.480, din 17.06.2016, în scopul implementării prevederilor ordinului Ministerului Sănătății al RM nr. 192 din 01.03.2012 “Acelerarea reformelor: aprobarea necesităților din domeniul sănătății (Foaia de parcurs)”, scrisoarea nr. 01-1/1708 din 05.12.2013 „În scopul asigurării unei organizari raionale a instituțiilor sanitare publice de asistența spitalicească”.

Statele de funcții a lucrătorilor medicali pentru anul 2019

Denumirea funcțiilor	Asistența Medicală Spitalicească	Asistența Medicală Specializată de Ambulator	Servicii contra plată	Total 2019
Medici	71,75	26,25	3,0	101,0
Personal medical mediu	182,25	34,0	2,25	218,5
Personal medical mixt	112,5	12,0	x	124,5
Alt personal	55,75	12,0	2,5	70,25
TOTAL	422,25	84,25	7,75	514,25

Analiza statelor de personal pe perioada anilor 2012-2019

Denumirea funcțiilor	Total								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Diferența în raport cu 2018 +/-
Medici	142,75	142,00	122,0	119,25	112,25	106,25	105,25	101,00	-4,25
Personal medical mediu	266,25	259,75	242,25	240,75	223,5	218,00	220,25	218,5	-1,75
Personal medical inferior	135,50	135,5	130,0	133,0	121,25	123,75	125,5	124,5	-1,0
Alt personal	98,0	81,75	80,25	79,25	76,25	74,00	69,0	70,25	+1,25
TOTAL	642,5	619,0	574,5	572,25	533,25	522,00	520,0	514,25	-5,75

*în raport cu anul 2018 statele de personal s-a micșorat la situația de 01.01.2019 cu -5,75 unități.

Contractul de acordare a asistenței medicale pentru 2019

Contractul de acordare a asistenței medicale pentru 2019 (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală dintre IMSP Spitalul raional Soroca "A.Prisacari" și Compania Națională de Asigurări în Medicină a fost încheiat la data de 28 decembrie 2018 cu nr. 05-08/336 cu **suma contractului anuală stabilită în sumă de 52538859,18 lei**, dintre care este planificat următorul volum de asistență medicală :

Asistența Medicală Spiztalicească

1) Finanțarea în baza DRG (CASE-MIX):

Nr. d/o	Denumirea program	Numărul de cazuri	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
1	Program general	9301	0,9301	3435,00	29715704,44
2	Program special "Protezare articulațiilor mari"	60	9,1641	4667,00	2566131,28
3	Chirurgia de zi	390	0,7490	3435	1003397,85
	TOTAL :				33285233,57

2) Asistența medicală procurată pe caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumirea program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	8210602,00	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	343,25 lei/zi
			Geriatric	3600,00
			Reabilitare	5081,00
	TOTAL :	8210602,00	x	x

3) Asistența medicală procurată pe caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Mod de plată	Unitatea de măsură	Numărul de unități	Prețul unei unități (lei)	Suma (lei)
1	Buget global	x	x		458701,00
	TOTAL :	x	x	x	458701,00

4)Suma alocată pentru Departamentul Medicină de Urgență pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie **777343,00 lei**.

5)Subvenții pentru acoperirea creșterii cheltuielilor de personal constituie **1 394 804,40 lei**.

6)Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie **44126683,97 bani**.

Asistența medicilor specialiștilor de profil

1) Per capita

Nr. d/o	Profil	Tarif (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
1	Asistența medicală specializată de profil per capita	129,72	57237	7424783,64
	TOTAL :	129,72	57237	33285233,57

2) Buget global

Nr. d/o	Profil	Tarif (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
1	Subvenții pentru acoperirea creșterii cheltuielilor de personal	x	x	609016,57
	TOTAL :	x	x	609016,57

3)Suma alocată pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulator, conform prevederilor ordinului comun al MS și CNAM nr.437/210-A din 13 decembrie 2007. Metoda de plată este "per zi", reeșind din 35 lei/zi pentru produsele alimentare și 2,50 lei/zi pentru transportul public constituie **378375,00 lei**.

3)Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator constituie **8412175,21 lei**.

In comparație cu anul 2018 numărul de persoane asigurate pe raion sa majorat cu 94 persoane.

Veniturile din serviciile contra plată pentru 2019

Veniturile din serviciile contra plată pentru anul 2019 constituie:

-Asistența Medicală Specializată de Ambulator (c/plată) 2081800,00 lei

-Asistența Medicală Spitalicească (c/plată) 754800,00 lei

Total : 2836600,00 lei

Devizul de venituri și cheltuieli pentru anul 2019

Devizul de venituri și cheltuieli a fost planificat:

- în baza contractului nr.05-08/336 din 28.12.2018 cu CNAM,
- veniturile din serviciile contra plată;
- ordinul MS al RM nr.653/205-A din 24.05.2018 „Privind aprobarea Normelor metodologice cu privire la elaborarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală”.

La produsele alimentare, medicamente sunt planificate surse financiare luând în considerație și stocurile la situația de 01.01.2019, la serviciile de întreținere (energia electrică, apă și canalizare, gaze naturale, deservirea cazangeriilor) sunt planificate conform necesităților reale, reciclarea cadrelor conform planului de specializări aprobat pe instituție, la „alte cheltuieli” au fost planificate în limita surselor financiare.

În urma calculării veniturilor din sursele CNAM și serviciilor contra plată au fost întocmite devizele de venituri și cheltuieli (business-plan).

Denumirea veniturilor/cheltuielilor	Tipul de asistență medicală (CNAM)		Tipul de asistență medicală (Mijloace speciale)	
	Asistența Medicală Spitalicească	Asistența Medicală Specializată de Ambulator	Asistența Medicală Spitalicească	Asistența Medicală Specializată de Ambulator
I. VENITURI, total	44126683,00	8412175,21	754800	2081800,0
inclusiv:				
1. Suma contractuală	44126683,00	8412175,21		
2. Dobânda sporită la soldurile bănești			4800,00	1800,00
3. Alte venituri			750000,00	2080000,0
II. CHELTUIELI, total	47341080,14	9068339,95	1062569,02	2424860,05
inclusiv:				
I. Cheltuieli de personal	32433112,02	6658029,28	505312,50	1401400,00
a) Remunerarea muncii	26476009,80	5435125,94	412500,00	1144000,00
inclusiv:				
fondul de bază a salariului	25119124,98	4967614,10	408090,00	1129715,00
indicatori de performanță (bonificația)	1356884,82	467511,84	4410,00	14285,00
b) Contribuții de asigurări sociale de stat	4765681,77	978322,67	74250,00	205920,00
c) Primele de asigurări obligatorii de asistență medicală 4,5%	1191420,45	244580,67	18562,50	51480,00
2. Alimentarea pacienților	2168345,15	353150,00	6294,00	
3. Medicamente	5739627,12	300646,04	73600,00	146600,00
4. Alte cheltuieli, total	6999995,85	1756514,63	477362,52	876860,05
III. Soldul mijloacelor bănești la 01.01.2019	3214397,14	656164,74	307769,02	343060,05

Activitatea economico-financiară a IMSP Spitalul raional Soroca „A. Prisacari” este planificată conform devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) pentru ca să asigure atingerea scopurilor pentru dezvoltarea sa ulterioară.

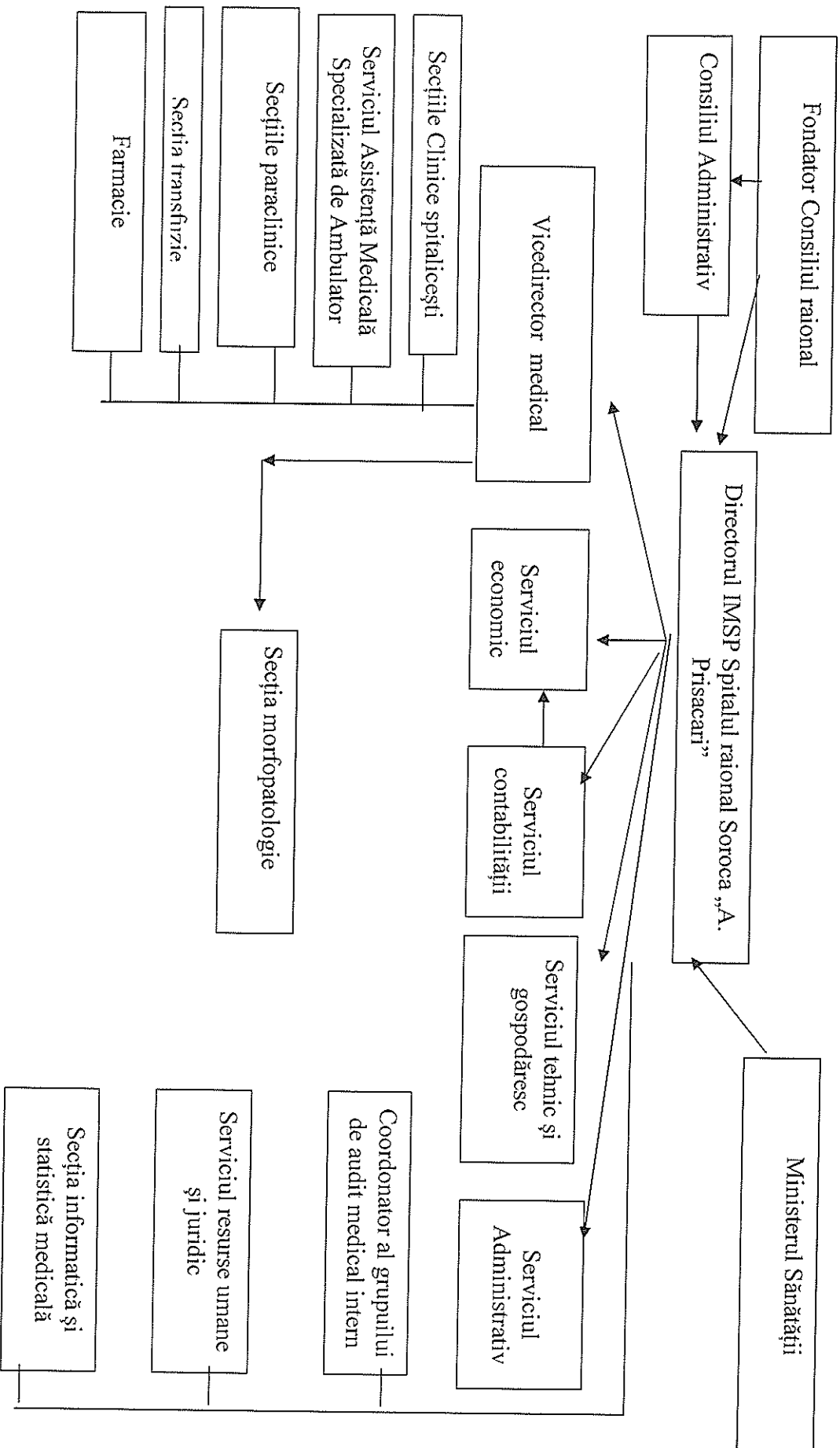
Director al IMSP
Spitalul raional Soroca „A. Prisacari”



Rusnac Angela

Ex.M.Ungurean

ORGANIGRAMA IMSP SPITALUL RAIONAL SOROCA „A. PRISACARI”



Aprobat
Consiliul raional Soroca
Nr. Deciziei _____, pct. _____ din 07.02.2019

Secțiile spitalicești

Secțiile clinice-280 paturi

Unitatea de primire urgență specializată

Secția chirurgie- 44 paturi
-chirurgie generală 33 paturi;
-urologie 5 paturi; -otorinolaringologia 1 pat;
-ginecologia 5 paturi

Secția traumatologie, oftalmologie -
30 paturi: -traumatologie 21 paturi
-oftalmologie 5 paturi; -reabilitare -4
paturi

Secția boli interne- 55 paturi:
-terapia 43 paturi; -geriatrică 1 paturi; -
reabilitare 1 paturi; 10 paturi
pulmonologice

Secția de îngrijiri cronice-43 paturi:
-geriatrică 14 paturi ; -reabilitare 16
paturi; 3 paturi îngrijiri paliative; 10
paturi psihiatra

Secția boli infecțioase-18 paturi
maturi 10 paturi; copii-4; reabilitare 4
paturi

Secția de maternitate, patologie
sarcinii și ginecologia-30 paturi
Maternitatea -20 paturi; patologie
sarcinii 10 paturi;

Secția de pediatrie-40 paturi

Serviciul Asistență Medicală
Specializată de Ambulator

Inclusiv,
Secția de Reanimăție-6

Secția de neurologie -
20 paturi

Director al IMSP Spitalul Raional Soroca "A.Prisacari"

Aprob
Consiliul Raional Soroca
Decizia nr. _____

Secțiile paraclinice

Secția laborator

Secția imagistică

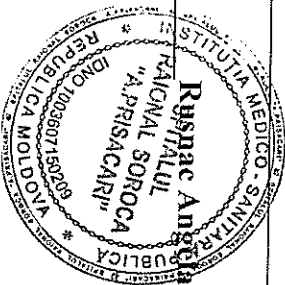
staționar

ambulator

Secția de Reabilitare
Medicală și Medicină Fizică

staționar

ambulator



[Signature]

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/336

mun. Bălți

„ 28 ” decembrie 2018

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - **Companie**), reprezentată de către **Agencia teritorială Nord** (în continuare - **Agencie**), în persoana dlui **Cugal Grigore**, director, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Spitalul Raional Soroca ”A.Prisacari”**, reprezentată de către dl **Bordian Valeriu**, vicedirector medical (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Dispoziției Președintelui Raionului Soroca nr.551-p din 21 decembrie 2018** și a **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 calitate 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 **52 538 859 MDL 18 bani** (cincizeci și două milioane cinci sute treizeci și opt mii opt sute cincizeci și nouă MDL 18 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 insolvabilitate, 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 nerespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de pînă 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 decît 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 decît 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.



4
V. BORDACU

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 2019 pînă la 31 decembrie 2019.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, pînă la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Pînă 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 insolabilitate, 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.

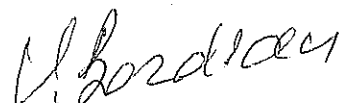
8. Corespondența

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.


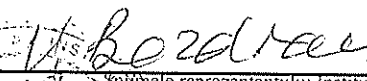
Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

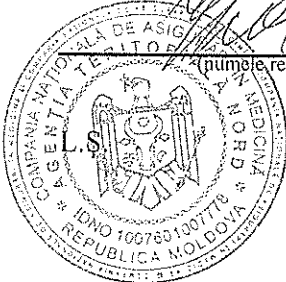
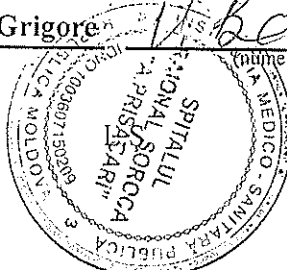
Compania
Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab, 46
IDNO 1007601007778

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

Semnăturile părților

Compania **Prestatorul**

 
Cugal Grigore Bordian Valeriu
(numele reprezentantului Companiei) (numele reprezentantului instituției medicale)

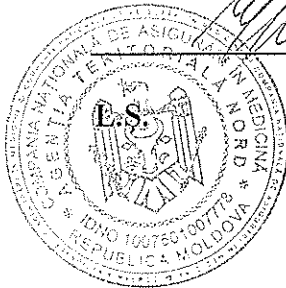
Anexa nr. 1
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor
 medicale) în cadrul asigurării obligatorii
 de asistență medicală nr. 05-08/336
 din 28 decembrie 2018

Asistenta Medicala Specializata De Ambulator

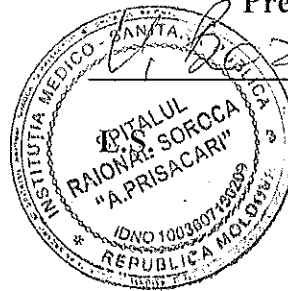
În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistenta medicala specializata de ambulator:

Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Per capita				
1	AMSP per capita	129,72	57 237,00	7 424 783,64
TOTAL:		X	57 237,00	7 424 783,64
2) Buget global				
1	Subventii pentru acoperirea cresterii cheltuielilor de personal			609 016,57
TOTAL:		X		609 016,57
3) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Tbc AMSA			378 375,00
TOTAL:		X		378 375,00
Suma totala pentru AMSP				8 412 175,21
IN TOTAL:				8 412 175,21

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-OR/336
 din 28 decembrie 2018

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

1) Finanțare în bază de DRG (CASE-MIX):

Denumire program	Numărul de cazuri tratate	ICM estimativ	Tarif (lei)	Suma (lei)
Program general	9 301	0,9301	3 435	29 715 704,44
Program special „Protezare articulațiilor mari”	60	9,1641	4 667	2 566 131,28
Chirurgie de zi	390	0,7490	3 435	1 003 397,85
Total	9 751	X	X	33 285 233,57

2) Asistența medicală procurată per caz tratat în limita sumei contractuale:

Nr. d/o	Denumire program	Suma (lei)	Profil	Tarif (lei)
1	Cazuri cronice	8 210 602,00	Îngrijiri medicale paliative (hospice)	343,25
			Geriatric	3 600
			Reabilitare	5 081
	Total	8 210 602,00		

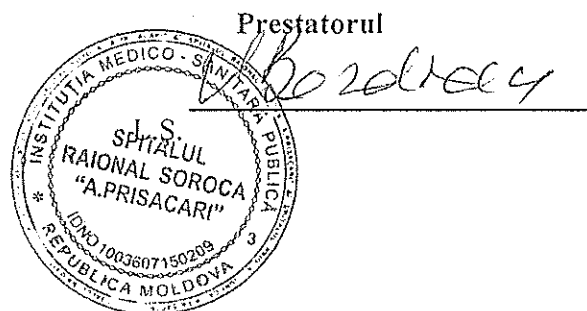
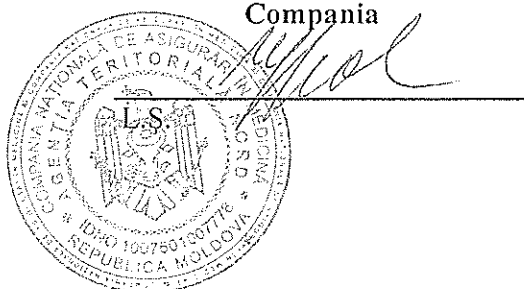
3) Finanțarea pe „buget global” pe profilul *psihiatric*:

Nr. d/o	Mod de plată	Unitatea de măsură	Numărul de unități	Prețul unei unități (lei)	Suma (lei)
1	Buget global	X	X	X	458 701,00
	TOTAL	X	X	X	458 701,00

4) Suma alocată pentru Departamentul Medicină de Urgență pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate, constituie 777 343 MDL.

5) Subvenții pentru acoperirea creșterii cheltuielilor de personal constituie 1 394 804 MDL 40 bani.

6) Suma totală alocată pentru asistența medicală spitalicească constituie 44 126 683 MDL 97 bani.



Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 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 2019 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 pct.2.2 la prezentul Contract din suma contractuală anuală, în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator cheltuielile de personal constituie 6 730 306 MDL 17 bani și în cadrul asistenței medicale spitalicești constituie 31 119 627 MDL 64 bani.

3. În cazul serviciilor de îngrijiri paliative/ hospice, numărul mediu de zile de îngrijire pe an „per pacient” nu va depăși 30 zile.

4. Finanțarea pe „buget global” prevede acordarea întregului volum de asistență medicală pe profilul psihiatrie, ce se impune conform nivelului de morbiditate și prevederilor de etapizare a pacienților.

5. Suma destinată finanțării după metoda „buget global” se estimează pe baza numărului și costului cazului tratat și poate fi diminuată în cazul neîndeplinirii acestui volum.

6. 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 servicii medicale de înaltă performanță.

7. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime 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 respecta cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești nevalorificat 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.

Compania



Prestatorul

