



HOTĂRÎRE

cu privire la modificarea și completarea Contractului-tip de acordare
a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul
asigurării obligatorii de asistență medicală

nr. 43 din 16.01.2018

Monitorul Oficial nr.18-26/49 din 19.01.2018

* * *

Guvernul HOTĂRĂȘTE:

Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin [Hotărîrea Guvernului nr.1636 din 18 decembrie 2002](#) (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr.178-181, art.1792), cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1) la subpunctul 3.1:

a) alineatul doi se completează în final cu textul „ , conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale”;

b) după alineatul doi se introduce următorul alineat:

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

c) alineatul șase va avea următorul cuprins:

„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”;

d) alineatul șapte se completează în final cu textul „ , iar cheltuielile pentru asistența 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”;

e) alineatul nouă va avea următorul cuprins:

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

f) după alineatul unsprezece se introduce următorul alineat:

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

g) în alineatul treisprezece, cifra „10” se substituie cu textul „30 de”;

h) alineatul paisprezece va avea următorul cuprins:

„să prezinte Companiei, pînă 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”;

i) alineatul cincisprezece se completează în final cu textul „ , conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companie, pe tipuri de asistență medicală”;

j) după alineatul cincisprezece se introduce următorul alineat:

„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”;

k) la alineatul optsprezece, textul „materialele și să creeze condiții necesare în vederea efectuării controlului din partea Companiei asupra” se substituie cu textul „materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a”;

l) la alineatele douăzeci și douăzeci și unu, cuvintele „Ministerul Sănătății”, la orice caz gramatical, se substituie cu cuvintele „Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale” la cazul gramatical corespunzător;

m) în alineatul douăzeci și cinci, cuvintele „pentru anul respectiv de gestiune” se exclud;

n) se completează în final cu următoarele alineate:

„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”;

2) subpunctul 4.1 va avea următorul cuprins:

„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.”;

3) la subpunctul 4.2, propoziția a doua se exclude;

4) subpunctul 4.3 se abrogă;

5) subpunctul 4.4 va avea următorul cuprins:

„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.”;

6) la subpunctul 4.5, textul „suma pentru luna următoare va fi micșorată cu diferența obținută în luna precedentă” se substituie cu textul „diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei”;

7) se completează cu subpunctul 4.7 cu următorul cuprins:

„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.”;

8) la subpunctul 5.2, cuvintele „acestor cazuri prin act de control” se substituie cu textul „cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raport de evaluare”;

9) se completează cu subpunctul 5.2¹ cu următorul cuprins:

„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”;

10) la subpunctul 5.3, cifra „10” se substituie cu cifra „30”, iar după cuvintele „urmasu a fi acordate” se introduce textul „și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar”;

11) la subpunctul 5.3¹, cuvintele „controalelor efectuate” se substituie cu cuvintele „evaluărilor și monitorizărilor efectuate”;

12) se completează cu subpunctul 5.3² cu următorul cuprins:

„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.”;

13) subpunctul 7.2 se completează în final cu două alineate cu următorul cuprins:

„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 îngrădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei”;

14) la subpunctul 8.1, textul „prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul Părților” se substituie cu textul „prin poștă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în rechizitele Contractului”;

15) în subpunctul 8.2, după cuvîntul „fax” se introduce textul „ , adresă electronică oficială”.

PRIM-MINISTRU

Pavel FILIP

Contrasemnează:

Ministrul sănătății, muncii și protecției sociale

Svetlana Cebotari

Nr.43. Chișinău, 16 ianuarie 2018.