|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | StemaMld |  |
| **COMPANIA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**  **ORDIN nr.\_\_\_\_\_\_**  **din ”\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024** | | |

***Cu privire la contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice***

***în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală***

În scopul executării prevederilor art.4 alin.(81), art.71 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurare obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), în temeiul pct. 5 subpct. 1) și pct. 6 subpct. 1), 2) și 4) din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 106/2022 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2022, nr. 61-67, art. 153),

**O R D O N :**

1. Se aprobă:
2. Lista documentelor obligatorii ce urmează a fi prezentate pentru contractarea prestării serviciilor farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr.1;
3. Formularul Cererii pentru contractare, conform anexei nr.2;
4. Formularul Cartelei prestatorului de servicii farmaceutice, conform anexei nr.3;
5. Formularul pentru completarea listei filialelor prestatorului de servicii farmaceutice, care vor elibera medicamente și dispozitive medicale compensate, conform anexei nr.4;
6. Formularul Chestionarului de autoevaluare a prestatorului de servicii farmaceutice, inclusiv a filialelor acestuia, în vederea îndeplinirii criteriilor de eligibilitate pentru prestare servicii în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (la etapa de contractare), conform anexei nr.5;
7. Formularul Declarației pe propria răspundere cu privire la veridicitatea datelor prezentate, conform anexei nr.6.
8. Agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină sunt responsabile de:
9. evaluarea dosarului depus de către prestatorii de servicii farmaceutice arondați după cum urmează:
10. verificarea prezenței în dosarul depus a formularelor completate și a documentelor obligatorii pentru contractare;
11. constatarea conformității și valabilității actelor permisive prevăzute în anexa nr. 1 la Legea nr. 160/2011 privind reglementarea prin autorizare a activității de întreprinzător;
12. verificarea acumulării punctajului eligibil pentru prestarea serviciilor farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform Chestionarului din anexa nr.5;
13. notificarea prestatorilor de servicii farmaceutice, în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii cererii de contractare, în cazul necorespunderii acestora criteriilor de contractare;
14. contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice în cazul întrunirii tuturor criteriilor de contractare și punctajului de eligibilitate acumulat;
15. informarea prestatorilor de servicii farmaceutice arondați despre prevederile prezentului Ordin.

**3**. Prezentul Ordin intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

1. Se abrogă Ordinul directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 18-A din 21.01.2021 „Cu privire la contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2021, nr. 22-32, art. 104).
2. Controlul asupra executării prezentului Ordin se atribuie dnei Doina-Maria Rotaru, director general adjunct al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

**Director general Ion DODON**

Anexa nr. 1

la Ordinul directorului general al CNAM nr.\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024

**LISTA**

**documentelor obligatorii ce urmează a fi prezentate**

**de către prestatorii de servicii farmaceutice pentru contractare**

1. Cererea pentru contractare
2. Cartela prestatorului de servicii farmaceutice
3. Actele de fondare și de activitate (copii Statut, Regulament, Hotărâre de fondare)
4. Certificat de înregistrare și Extras din Registrul de stat al persoanelor juridice (Agenția Servicii Publice) (copie)
5. Licența și anexa la licență (copie\*)
6. Certificat de înregistrare ca plătitor de TVA (copie\*)
7. Certificat de deschidere a contului bancar (original)
8. Lista unităților farmaceutice/filialelor prestatorului de servicii farmaceutice, care vor elibera medicamente și dispozitive medicale compensate
9. Chestionar de autoevaluare a criteriilor de eligibilitate pentru eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, separat pentru fiecare farmacie și filială
10. Declarație pe propria răspundere cu privire la veridicitatea datelor prezentate, separat pentru fiecare farmacie și filială.

*Notă:*

1. *Copiile documentelor necesare încheierii contractelor de la punctele marcate prin (\*) se vor prezenta autentificate de către conducătorul prestatorului de servicii farmaceutice cu aplicarea parafei sau se vor transmite în format electronic autentificate fiecare în parte prin semnătura electronică a conducătorului prestatorului de servicii farmaceutice. Solicitantul răspunde de veridicitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.*
2. *Toate actele menționate în această listă se depun doar atunci, când prestatorul de servicii farmaceutice se prezintă pentru prima dată la contractare. Ulterior, prestatorul de servicii farmaceutice va depune numai cererea, cartela și actele în care au survenit modificări (completări).*
3. *Lista de filiale a prestatorului de servicii farmaceutice, care eliberează medicamente și dispozitive medicale compensate, va conține doar filialele licențiate.*
4. *Prestatorul de servicii farmaceutice, pe parcursul anului, va prezenta către CNAM în termen de 5 zile, modificările survenite ca rezultat al fondării/sistării activității farmaciei și filialelor acesteia.*
5. *Prestatorul de servicii farmaceutice se obligă de a reînnoi actele prezentate la punctele însemnate prin (\*), pe toata perioada derulării contractului în cazul parvenirii unor modificări.*

Anexa nr. 2

la Ordinul directorului general al CNAM

nr.\_\_\_\_\_\_ din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Agenția Teritorială \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină**

**CERERE**

**PENTRU CONTRACTARE**

Prin prezenta, prestatorul de servicii farmaceutice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(denumirea deplină, sediul)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentată de către \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, care acționează în baza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicită includerea în lista de prestatori de servicii farmaceutice cu care se va semna contract privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru perioada aa. 202\_\_\_ - 202\_\_\_\_.

Cu cadrul normativ al Republicii Moldova din domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală suntem la curent.

Conducătorul prestatorului de servicii farmaceutice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data completării “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_

Înregistrată la AT cu nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

din “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(semnătura persoanei responsabile)

Anexa nr. 3

la Ordinul directorului general al CNAM nr. \_\_\_\_

din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARTELA PRESTATORULUI DE SERVICII FARMACEUTICE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea prestatorului de servicii farmaceutice**  (completă) |  |
|  |
| **Denumirea farmaciei** (afișată către beneficiari) |  |
| **Numărul de identificare de stat - codul fiscal (IDNO)** |  |
| **Nr. de înregistrare la Agenția Servicii Publice** |  |
| **Data înregistrării** |  |
| **Numărul de înregistrare ca plătitor de TVA** |  |
| **Licența:** |  |
| Seria și numărul |  |
| Termenul de valabilitate |  |
| **Adresa juridică**  Cod poştal |  |
|  |
| Municipiul, oraşul, satul (comuna) |  |
| Raionul (sectorul) |  |
| Strada, nr. casei |  |
| **Telefoanele**  Anticamera |  |
|  |
| Contabil |  |
| E-mail oficial |  |
| **Rechizitele bancare**  Cod IBAN |  |
| Denumirea băncii |  |
| **Organizaţia ierarhic superioară** |  |
| **Forma de proprietate** |  |
| **Forma organizatorico-juridică** |  |
| **Genul principal de activitate** |  |
| **Numele, prenumele conducătorului** |  |
| **Numele, prenumele contabilului** |  |

**Semnătura conducătorului**

**Semnătura contabilului**

Anexa nr. 4

la Ordinul CNAM nr. \_\_\_\_\_\_

din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lista filialelor prestatorului de servicii farmaceutice**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

*(denumirea completă a agentului economic și denumirea afișată către beneficiari)*

**care vor elibera/eliberează medicamente și dispozitive medicale compensate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. d/o** | **Adresa amplasării**  *(localitate, raion, strada, nr.)* | **Farmacist diriginte/Șef filială**  *(nume, prenume)* | **Categoria filialei** | **Codul intern al filialei** | **Orar de lucru**  *(orele, luni-vineri, sâmbătă/duminică, zilele de sărbători)* | **Telefon**  *(staționar, mobil)* | **E-mail** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(semnătura conducătorului)

Anexa nr. 5

la Ordinul CNAM nr.\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE A CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE A PRESTATORULUI DE SERVICII FARMACEUTICE PRIVIND ELIBERAREA MEDICAMENTELOR ȘI DISPOZITIVELOR MEDICALE COMPENSATE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(denumirea) (adresa de amplasare )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STANDARD CRITERII** | **DESCRIERE** | **EVALUARE** | **COMENTARII** |
| **I** | **STANDARD REFERITOR LA ORGANIZARE** |  |  |
| I.1 | Farmacia/filiala farmaciei asigură valabilitatea actelor permisive (incluse în Nomenclatorul actelor permisive, aprobat prin Legea nr. 160/2011) pe toată perioada valabilității contractului privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, încheiat cu CNAM. | DA / NU |  |
| I.2*\**\* | Farmacia/filiala farmaciei deține Autorizația Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor (CPCD) în cazul eliberării medicamentelor psihotrope și precursori. | DA / NU |  |
| I.3*\** | Farmacia deține cont bancar activ. | DA / NU |  |
| **II** | **STANDARD REFERITOR LA STRUCTURA DE PERSONAL** |  |  |
| II.1 | Farmacia/filiala este asigurată cu personal specializat, calificat pentru eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate (specialiștii prevăzuți în Legea nr.1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică.) | DA / NU |  |
| II.2 | Personalul care eliberează medicamente și dispozitive medicale deține semnătura electronică calificată. | DA / NU |  |
| **III** | **STANDARD REFERITOR LA DOTARE** |  |  |
| III.1 | Farmacia/filiala farmaciei are o semnalizare vizibilă din exterior. | DA / NU |  |
| III.2 | Farmacia/ filiala farmaciei are afișat la loc vizibil programul de lucru. | DA / NU |  |
| III.3 | Farmacia/filiala farmaciei deține la loc vizibil condica de sugestii şi reclamaţii. | DA / NU |  |
| III.4 | Farmacia/ filiala farmaciei asigură accesibilitatea persoanelor cu dizabilităţi locomotorii | DA / NU |  |
| III.5 | Farmacia/ filiala farmaciei deține un post/terminal telefonic (fix, mobil) funcțional, fax | DA / NU |  |
| III.6 | Farmacia are adresă de poștă electronică (e-mail) funcțională. | DA / NU |  |
| III.7 | Farmacia/filiala farmaciei este dotată cu conexiune la internet, tehnică de calcul, aparat de casă. | DA / NU |  |
| III.8 | Farmacia are acces la Sistemul informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. | DA / NU |  |
| III.9 *\** | Farmacia are acces la Sistemul informaţional de creare şi circulaţie a facturilor fiscale electronice „e-Factura”. | DA / NU |  |
|  | **TOTAL CRITERII - 14 (punctaj)** |  |  |
| *Notă: \*)reprezintă criterii care nu sunt obligatorii pentru filiale*  *\*\*) reprezintă criteriu opțional.*   1. *Criterii obligatorii pentru farmacie – 13 (punctaj)* 2. *Criterii obligatorii pentru filiala farmaciei - 11 (punctaj).* | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (semnătura) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (funcţia: farmacist diriginte/șef filială)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (numele, prenumele) |

Anexa nr. 6

la Ordinul directorului general al CNAM nr.\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant

al prestatorului de servicii farmaceutice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acționând în baza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere că \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denumirea farmaciei/ număr unități farmaceutice)*

adresa juridică \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seria, numărul licenței \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, activează în conformitate cu prevederile Legii 1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică, Legii 1409/1997 cu privire la medicamente, Legii 105/2003 privind protecția consumatorilor și altor acte normative ce vizează domeniul activității farmaceutice.

Prin prezenta confirm veridicitatea datelor prezentate în dosarul depus pentru contractarea prestării serviciilor farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Despre răspunderea penală pentru falsul în declarații, prevăzută în art. 3521 din Codul penal al Republicii Moldova nr. 985/2002, sunt informat(ă), fapt pentru care semnez.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*funcţia*)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*numele, prenumele*) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(semnătura)*