

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÎRE nr. _____

din _____ 2017

Chișinău

**cu privire la modificarea și completarea
Hotărîrii Guvernului nr.1636 din 18.12.2002**

GUVERNUL Republicii Moldova,

HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă modificările și completările ce se operează în Hotărîrea Guvernului nr.1636 din 18.12.2002 (se anexează).
2. Modificările și completările aprobate se vor pune în aplicare de la 01 ianuarie 2018.

PRIM-MINISTRU

PAVEL FILIP

Contrasemnează:

Ministrul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale

Stela GRIGORAȘ

Modificările și completările ce se operează în Hotărîrea Guvernului nr.1636 din 18.12.2002

Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr.1636 din 18.12.2002 (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. în punctul 3:

1) subpunctul 3.1:

a) după alineatul unu se completează cu un alineat nou, cu următorul cuprins:

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

b) alineatul patru se modifică și va avea următorul cuprins: „să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, utilizînd sistemul informațional al 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;”;

c) în alineatul cinci cuvintele „persoanelor în caz de urgență” se substituie cu cuvintele „de urgență persoanelor asigurate, iar persoanelor neasigurate în condițiile art.5 alin.(4) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998;”;

d) alineatul șapte se modifică și va avea următorul cuprins:

„să se aprovizioneze și să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale”;

e) după alineatul nouă se completează cu un alineat nou, cu următorul cuprins:

„să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate volumul și spectrul de servicii medicale;”;

f) în alineatul zecea cifra „10” se substituie cu cifra „30”;

g) alineatul unsprezece se modifică și 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 formatul 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;”;

h) alineatul douăsprezece se completează în final cu următoarele cuvinte: „ , conform formatului aprobat pe tipuri de asistență medicală.”;

i) după alineatul douăsprezece se completează cu un alineat nou, cu următorul cuprins:

„să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV și facturile de plată pentru luna decembrie/trimestrul IV a 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;”;

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

k) în alineatul șaisprezece cuvintele „Ministerul Sănătății” se substituie cu cuvintele „ Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale”;

l) după alineatul șaisprezece se completează cu un alineat nou, cu următorul cuprins:

„să țină evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) 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, pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță;”;

m) în alineatul șaptesprezece cuvintele „Ministerului Sănătății” se substituie cu cuvintele „ Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale”;

n) în alineatul douăzeci și unu cuvintele „pentru anul respectiv de gestiune” se exclude;

o) se completează în final cu trei alineate noi cu următorul cuprins:

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

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat în modul stabilit;

să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu instrucțiunea aprobată”;

2) subpunctul 3.2. se completează cu un alineat nou, cu următorul cuprins:

”să plaseze pe pagina sa web oficială, în termen de 15 zile de la data încheierii contractului de acordate a asistenței medicale, informația privind denumirea prestatorului de servicii medicale, data încheierii Contractului, tipul asistenței medicale ce urmează a fi acordată de prestator, precum și alte informații relevante necesare persoanelor asigurate.”;

2. punctul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„4.1. Costul serviciilor medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, se stabilește în baza tarifelor aprobate în modul stabilit de actele normative în vigoare.

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în funcție 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.

4.3. 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 limita 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.

4.4. În cazul în care suma transferată 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.

4.5. 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.

4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în funcție de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.”;

3. în punctul 5:

1) la subpunctul 5.2. cuvintele „acestor cazuri prin act de control” se substituie cu cuvintele „cazurilor menționate la pct.5.1. prin raport de evaluare”;

2) după subpunctul 5.2. se completează cu un subpunct nou 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;*

pentru înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. *În cazul constatării înregistrărilor duble a 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;*

pentru 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;

pentru nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în sistemul DRG. În cazul în care prin nerespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost a cazurilor de pînă la și după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare;”;

3) la subpunctul 5.3. cifra „10%” se substituie cu cifra „30% iar după cuvintele „urmau a fi acordate” se completează cu cuvintele „și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.”;

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

5) se completează cu un subpunct nou 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 acestora. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.”;

4. în punctul 7 subpunctul 7.2. se completează în final cu două subpuncte noi, cu următorul cuprins:

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

refuzul 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, documentele justificative privind sumele achitate de Companie, documentele medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat precum și îngădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei;”;

5. la punctul 8:

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

2) în subpunctul 8.2. după cuvîntul „fax” se completează cu cuvintele ”adresă electronică oficială”.