



GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂRE nr. ____

din _____ 2022

Chișinău

Cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului

În temeiul art. 7 alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (se anexează).

2. Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 27-28, art. 232), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1) punctul 11 se completează cu litera j⁴) cu următorul cuprins:

„j⁴) să restituie cheltuielile, justificate documentar, suportate de către persoana asigurată pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale care nu și-a onorat obligațiile contractuale”;

2) la punctul 12, litera c²) se completează cu cuvintele „conform modului stabilit prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al Companiei”;

3) la punctul 16 și punctul 21 litera c), textul „Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale” se substituie cu cuvintele „Ministerului Sănătății”.

3. Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 66-68, art. 691), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1) în tot textul Regulamentului, textul „Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale” se substituie cu cuvintele „Ministerul Sănătății”;

2) punctul 11 va avea următorul cuprins:

„**11.** Mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru:

1) acoperirea cheltuielilor necesare pentru realizarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care include:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- b) asistența medicală primară;
- c) asistența medicală specializată de ambulatoriu, inclusiv stomatologică;
- d) asistența medicală spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
- g) îngrijiri paliative;
- h) medicamente și dispozitive medicale compensate;

2) restituirea cheltuielilor, justificate documentar, suportate de către persoana asigurată pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale care nu și-a onorat obligațiile contractuale.”

4. Hotărârea Guvernului nr. 1636/2002 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 178-181, art. 1792), cu modificările ulterioare, se abrogă.

5. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

Prim-ministru

NATALIA GAVRILIȚA

Contrasemnează:

Ministrul sănătății

Ala Nemerenco

Aprobat
prin Hotărârea Guvernului nr. /2022

CONTRACT-TIP
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. _____

_____ 20__

mun. Chișinău

I. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină

(în continuare – CNAM), reprezentată de către
care acționează în baza Statutului, și Prestatorul de servicii
medicale (în continuare – Prestator)

_____,
_____,
(denumirea Prestatorului de servicii medicale)

reprezentat de către

care acționează în baza

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:

II. Obiectul Contractului

2.1. Obiectul Contractului 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 Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de _____ lei. Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele la Contract.

III. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;

5) să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;

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

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;

10) 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 în Contract;

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

12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;

14) să planifice și să execute proporțional pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale, stabilite la pct. 6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în formă electronică, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse pe articole de cheltuieli pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolvență, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

25) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;

4) să informeze, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, despre Lista denumirilor comune internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;

7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

IV. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

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

4.2. CNAM achită Prestatorului lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, se asimilează cu neprezentarea acestora;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale este prevăzută în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea 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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate

din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr. 027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;

5) 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, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct. 5.1:

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

a) pentru cazurile prevăzute la pct. 5.1 subpct. 1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

b) pentru cazurile prevăzute la pct. 5.1 subpct. 2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

c) pentru cazul prevăzut la pct. 5.1 subpct. 7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct. 1)-6) CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct. 7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

VI. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se realizează în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6.2. Contractul este valabil de la _____ 20__ până la _____ 20__ , cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la _____ 20__ până la _____ 20__.

VII. Modificarea și rezoluțiunea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de

gestiune, Părțile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, inclusiv în următoarele cazuri:

1) în caz de încălcare esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

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

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

5) în cazul refuzului Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, 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 CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și în cazul îngădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) în cazul constatării încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și al nerespectării condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, al determinării persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau al determinării acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

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 de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. Impedimentul care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

8.3. Dacă una din Părți nu a notificat celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct. 8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părți.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depășește 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluțiunea Contractului.

IX. Corespondența

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

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

X. Alte condiții

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte _____ pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

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

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

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

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Datele de identificare și datele bancare ale Părților**CNAM**

Prestatorul

Semnăturile Părților**CNAM**

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului CNAM)**Prestatorul**

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului Prestatorului)

NOTĂ INFORMATIVĂ

la proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului

1. Denumirea autorului și, după caz, a participanților la elaborarea proiectului
Proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului este elaborat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).
2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului de act normativ și finalitățile urmărite
<p>Proiectul este elaborat în temeiul art. 7 alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, conform căruia „Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern.”.</p> <p>Scopul proiectului este:</p> <p>aducerea prevederilor Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în concordanță cu modificările operate în cadrul normativ primar (Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, Codul civil modernizat);</p> <p>eficientizarea activității sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală prin modernizarea/digitalizarea proceselor de raportare și evidență în cadrul executării contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>înlăturarea omisiunilor depistate în urma activității de monitorizare a utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale;</p> <p>precizarea responsabilităților subiecților implicați în procesul de contractare a serviciilor medicale.</p> <p>Întrucât modificările vizează cea mai mare parte a prevederilor Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1636/2002, în conformitate cu art. 63 alin. (1) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, Contractul-tip se prezintă în redacție nouă, iar Hotărârea Guvernului nominalizată supra se abrogă.</p>
3. Descrierea gradului de compatibilitate, pentru proiectele care au ca scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene
Proiectul respectiv nu are scopul armonizării legislației cu legislația Uniunii Europene
4. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi
<p>Principalele modificări ale Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vizează:</p> <p>stabilirea acțiunilor ce urmează a fi întreprinse de prestatorul de servicii medicale (în continuare - prestator), la momentul acordării asistenței medicale, privind stabilirea statutului persoanei la internare/externare în coraport cu modificarea statutului acesteia în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul spitalizării. Conform prevederilor art.3 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, obiectul asigurării este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul unic. În aceste condiții regulatorii, persoana fizică urmează să-și asigure riscul (după caz, să achite prima de asigurare) anterior survenirii riscului asigurat și nu viceversa;</p> <p>excluderea cuvântului „anual” din textul Contractului-tip, care impune obligativitatea încheierii contractelor pe un termen de un an chiar și în cazurile când prestatorii nu întrunesc toate cerințele obligatorii de activitate pentru toată perioada anului. Ca urmare a operării acestei modificări, părțile, în temeiul principiului libertății contractuale, vor putea să încheie contracte de acordare a asistenței medicale și pe o perioadă mai mică decât pe un an;</p> <p>achitarea serviciilor medicale de către CNAM doar în baza documentelor primare cu regim special, utilizate în cazul documentării faptului prestării serviciilor – factura fiscală electronică. Facturile fiscale electronice vor fi emise în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, formularul căruia a fost aprobat prin Ordinul directorului general al</p>

CNAM nr. 25-A din 16.02.2022. Raportul privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică reprezintă un document justificativ prezentat Prestatorilor de către CNAM, funcția de bază a acestuia fiind argumentarea sumelor incluse în facturile fiscale electronice emise de Prestatori, cu descifrarea sumelor în corespundere cu fiecare tip de serviciu medical contractat. Rapoartele prenotate urmează a fi semnate și anexate la facturile fiscale electronice, utilizând funcționalitățile instrumentelor electronice guvernamentale (MSign și SIA „e-Factura”). Facturile fiscale electronice vor fi prezentate CNAM prin intermediul Sistemului „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare. Neprezentarea facturilor fiscale în termen de către prestator va avea ca efect amânarea plăților către acesta, cu redirectionarea mijloacelor financiare, planificate pentru aceste plăți, către plățile curente aferente serviciilor medicale;

reținerea sumelor creanțelor CNAM față de prestator din contul transferurilor ulterioare către acesta la același tip de asistență medicală la care au fost înregistrate creanțele. În cazul în care suma creanțelor nu poate fi reținută de la același tip de asistență medicală (de exemplu: tipul de asistență medicală nu mai este inclus în Contract sau suma creanțelor depășește diferența dintre suma contractuală și valoarea serviciilor medicale deja facturate etc.), prestatorul urmează să restituie benevol suma creanțelor, în caz contrar, aceasta va fi reținută din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală contractat;

reglementarea procedurii de recuperare a prejudiciului cauzat CNAM de către prestator în funcție de tipul acestuia și de perioada pentru care acesta a fost constatat. Astfel, în cazul constatării prejudiciului cauzat CNAM în perioada valabilității Contractului, prestatorul are dreptul să repare benevol prejudiciul (prin corectarea dărilor de seamă/rapoartelor și restabilirea prejudiciului la contul propriu, utilizat pentru efectuarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală). În cazul neconformării benevole și în cazul constatării prejudiciului cauzat CNAM în contextul relațiilor contractuale precedente, prestatorul va recunoaște datoria față de CNAM în evidența contabilă în baza pretenției recepționate și aceasta va fi reținută din contul transferurilor ulterioare către prestator;

aplicarea penalității în mărime de 10% din suma prejudiciată, în vederea responsabilizării prestatorului de a nu încălca obligațiile contractuale și îmbunătățirii eficienței utilizării mijloacelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

în cazurile reclamate de persoana asigurată, care invocă refuzul/neglijența acordării asistenței medicale prevăzute de Contract și a condițiilor stabilite de Normele metodologice de aplicare a Programului unic, care a generat cheltuieli suplimentare din contul persoanei asigurate, prestatorul va fi obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate, confirmate/justificate documentar;

în cazul neonorării de către prestator a obligației de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar pentru serviciile medicale care urmau a fi prestate în temeiul Contractului, CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cheltuielile suportate de persoana asigurată, justificate documentar, reținând suma respectivă din contul transferurilor ulterioare către prestator, or, conform Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002, misiunea CNAM este de a oferi garanția siguranței și protecției financiare persoanelor asigurate la accesarea serviciilor medicale și farmaceutice de calitate incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, prin gestionarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală;

reglementarea obligației prestatorului să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să o determine să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Modificarea dată a fost propusă ca urmare a examinării multiplelor petiții ale persoanelor asigurate, care invocă condiționalități manifestate de prestatorii contractați de CNAM în procesul beneficierii de servicii medicale achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Constatarea încălcării acestei obligații servește drept temei pentru rezoluțiunea Contractului din inițiativa CNAM;

stabilirea obligației prestatorului de a prezenta la solicitarea în scris a CNAM documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale, din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse pe articole de venituri și cheltuieli pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit. Norma respectivă este necesară în contextul monitorizării conformității asumării cheltuielilor de către Prestator din sursele fondurilor asigurării

obligatorii de asistență medicală sau altele decât cele provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în scopul minimizării riscurilor de dezafectare a mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

reglementarea, suplimentar planificării volumelor contractuale, și a obligației prestatorului de a executa proporțional volumul și spectrul de servicii medicale planificat. Conform prevederilor în vigoare, prestatorul este obligat să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractuale, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând astfel activitatea prestatorului pe parcursul întregului an de gestiune. Ca urmare a monitorizării executării Contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), s-a constatat că prestatorii își onorează obligația de a planifica proporțional volumul și spectrul de servicii medicale contractate, dar nu și executarea acordării asistenței medicale conform celor planificate;

stabilirea responsabilității prestatorului de a elabora și aproba Devizul de venituri și cheltuieli (business-plan), în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de elaborare a 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății, muncii și protecției sociale și directorului general al CNAM nr. 29/21-A/2021, cu prezentarea ulterioară a acestuia CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului și a modificărilor la deviz, în cazul încheierii acordurilor adiționale la Contract. Corelativ, se stabilește obligația prestatorului de a prezenta Darea de seamă despre îndeplinirea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan), conform modelului aprobat prin ordinul prenotat. Această informație servește ulterior CNAM drept sursă de date pentru estimarea tarifelor, elaborarea rapoartelor de executare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sau altor informații relevante privind cheltuielile sistemului de sănătate;

obligativitatea prestatorului de a expedia CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”, datele din fișa medicală a bolnavului de staționar conform Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat prin Ordinul ministrului sănătății, muncii și protecției sociale și directorului general al CNAM nr.1485/557-A/2013. Astfel, în baza informației expediate de către prestator, CNAM la data de 8 a lunii următoare celei de gestiune, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”, va genera rapoarte privind activitatea prestatorului de servicii medicale;

prezentarea lunară către CNAM, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, a Dării de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 709/163-A din 20 iulie 2022 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medical primară și dărilor de seamă în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Această obligație a prestatorilor este conexă dreptului CNAM, prevăzut în art. 15 din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Statutul CNAM, la acțiune de regres împotriva persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, în vederea recuperării cheltuielilor achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

utilizarea mijloacelor financiare obținute de către prestator conform Contractului respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate, astfel încât să fie evitate cheltuielile inutile, neargumentate și care nu aduc plusvaloare în cadrul acordării asistenței medicale;

gestionarea veniturilor și cheltuielilor prin conturi bancare/trezoreriale separate, care vine să asigure o gestionare mai transparentă a mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în procesul de executare a Contractului de către prestator, reducând riscul de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele prevăzute în Contract. Concomitent, prevederile aferente utilizării arbitrare a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul vin să soluționeze situația în care prestatorul, din rea intenție, nu restituie mijloacele financiare de la un tip de asistență medicală la altul până la finele perioadei de raportare pe parcursul anului respectiv gestiune, ceea ce poate genera un impact negativ asupra calității serviciilor medicale acordate;

aducerea terminologiei utilizate în Contractul-tip cu cea consacrată în Codul civil modernizat

prin Legea nr. 133/2018.

Având în vedere durata procesului de avizare și expertizare a proiectelor de acte normative, precum și faptul că contractarea Prestatorilor în vederea acordării asistenței medicale pentru anul 2023 va demara în luna octombrie 2022, se impune necesitatea intrării în vigoare a hotărârii Guvernului la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova și Contractul-tip, aprobat prin proiectul în cauză, se va utiliza pentru contractarea prestatorilor de servicii medicale de către CNAM pentru anul 2023.

5. Fundamentarea economico-financiară

Implementarea proiectului dat nu va necesita cheltuieli bugetare suplimentare.

6. Modul de încorporare a proiectului în sistemul actelor normative în vigoare

Stabilirea dreptului CNAM de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care urmau a fi prestate în temeiul Contractului, în cazul neonorării obligației de restituire de către Prestator, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator, implică necesitatea modificării Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 și a Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594/2002.

Conform art. 63 alin. (4) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, modificările acestor acte normative au fost incluse în pct. 2 și 3 ale proiectului Hotărârii.

7. Avizarea și consultarea publică a proiectului

Proiectul a fost avizat fără obiecții și propuneri de către Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor, Ministerul Economiei, Serviciul Fiscal de Stat, Agenția de Guvernare Electronică, Casa Națională de Asigurări Sociale.

În scopul respectării prevederilor Legii nr.239/2008 privind transparența în procesul decizional, Anunțul privind inițierea procesului de elaborare a proiectului hotărârii Guvernului cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr.1636/2002 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și Anunțul privind consultarea publică a proiectului hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului au fost plasate pe pagina web oficială a CNAM – www.cnam.md, la rubrica „Transparența decizională”, subrubrica „Anunțuri privind inițierea elaborării actelor normative” și, respectiv, subrubrica „Anunțuri privind organizarea consultării publice” și pe site-ul www.particip.gov.md.

Totodată, au fost organizate întruniri consultative cu reprezentanții AmCham, FIA, UIMSP, Centrului PAS, IDOM, Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”, IMSP „Institutul Oncologic”.

Proiectul definitivat, ca urmare a consultărilor publice, a fost avizat/expertizat repetat fără obiecții și propuneri de către Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor, Ministerul Economiei, Serviciul Fiscal de Stat, Agenția de Guvernare Electronică, Ministerul Justiției și Centrul Național Anticorupție.

8. Constatările expertizei anticorupție

1. La pct. 7.1 caracterul permisiv al normei, generat de utilizarea cuvintelor „pot modifica”, oferă posibilitatea subiecților responsabili de implementarea normei de a interpreta și aplica în mod abuziv prevederea, astfel provocând consecințe financiare atât pentru părțile semnatare, cât și pentru persoanele asigurate care apelează la servicii medicale. Se recomandă subsituirea textului „pot modifica” cu lexemul „modifică” (Raport de expertiză anticorupție nr. EHG22/8223 din 23.09.2022).

2. În redacția parvenită spre examinare, în conținutul proiectului nu au fost identificați factori de risc și riscuri de corupție (Raport repetat de expertiză anticorupție nr. EHG22/8246 din 06.10.2022).

9. Constatările expertizei de compatibilitate

Proiectul nu transpune legislația Uniunii Europene.

10. Constatările expertizei juridice

Lipsa de obiecții și propuneri de ordin juridic (Raport de expertiză juridică nr. 04/7690 din 30.08.2022 și Raport de expertiză juridică nr. 04/8581 din 05.10.2022).

11. Constatările altor expertize

-