



ORDIN
mun. Chișinău

„27” ianuarie 2009

Nr. 16/10-A

*„privind organizarea asistenței medicale și acoperirea
cheltuielilor de tratament în condiții de staționar a unor
maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății
publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate”*

Întru executarea Legii bugetului de stat pe anul 2009 nr.244-XVI din 21 noiembrie 2008 și Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr.263-XVI din 11 decembrie 2008,

SE APROBĂ:

1. Regulamentul privind organizarea asistenței medicale și acoperirea cheltuielilor de tratament în condiții de staționar al maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate, coordonat cu Ministerul Finanțelor, conform anexei nr.1.
2. Contractul-tip de acordare a asistenței medicale persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale spitalicești, conform anexei nr.2.
3. Darea de seamă despre volumul de asistență medicală spitalicească acordat persoanelor neasigurate (formular nr.1-31/d), conform anexei nr.3.

ORDONĂM:

1. Conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice: Institutul Oncologic (dl D.Sofroni), Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” (dl C.Iavorschi), Spitalul Clinic de Psihiatrie (dl C.Țurcanu), Spitalul de Psihiatrie Bălți (dl A.Cârpa), Dispensarul Republican de Narcologie (dl T.Vasiliev), Dispensarul Dermatovenerologic Republican (dl A.Gherman), Spitalul clinic de boli infecțioase „Toma Ciorba” (dl V.Deatișen), Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni (dna V.Timuş), Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie (dna M.Cetulean),

Spitalul Clinic Municipal Bălți (dl G.Chetrari), spitalele raionale cu profilul ftiziopneumologie a prezenta Companiei Naționale de Asigurări în Medicină:

a) lunar, darea de seamă, despre volumul acordat de asistență medicală spitalicească persoanelor neasigurate (formular nr.1-31/d), cu prezentarea copiei Ministerului Sănătății;

b) trimestrial, factura pentru achitarea costului serviciilor medicale prestate, conform formularului nr.1-12/f.

2. Compania Națională de Asigurări în Medicină:

a) va asigura încheierea contractelor de acordare a asistenței medicale persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale spitalicești pentru anul 2009 cu IMSP (responsabili – dna S.Gladei, șef DJ și dl Gh.Damașcan, șef DTAMSI);

b) va asigura achitarea serviciilor medicale conform contractelor menționate, dărilor de seamă și facturilor prezentate (dl Gh.Damașcan, șef DTAMSI, dna L.Gîscă, șef DEMP, dna E. Rebeja, șef DFEC).

c) va informa lunar Ministerul Sănătății despre numărul de cazuri validate și achitate conform contractelor încheiate cu IMSP, indicate în pct.1 al prezentului ordin, pentru tratamentul în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate.

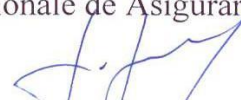
Controlul asupra executării prezentului ordin ni-l asumăm.

Ministrul Sănătății



Larisa CATRINICI

Directorul general al Companiei
Naționale de Asigurări în Medicină



Gheorghe RUSSU

Regulamentul
privind organizarea asistenței medicale și acoperirea cheltuielilor de
tratament în condiții de staționar al maladiilor social-condiționate cu impact
major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele
neasigurate

I. Noțiuni generale

1. Prezentul Regulament este elaborat în conformitate cu Legea bugetului de stat pe anul 2009 nr.244-XVI din 21.11.08 și Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr.263-XVI din 11.12.08 și stabilește modul de acordare și acoperire a cheltuielilor de tratament în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate.

2. Asistența medicală se acordă în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate în conformitate cu legislația în vigoare de către personalul calificat din următoarele instituții medico-sanitare publice: Institutul Oncologic, Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Spitalul Clinic de Psihiatrie, Spitalul de Psihiatrie Bălți, Dispensarul Republican de Narcologe, Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Spitalul clinic de boli infecțioase „Toma Ciorba”, Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni, Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie, Spitalul Clinic Municipal Bălți, spitalele raionale cu profilul ftiziopneumologie.

II. Planificarea, formarea și utilizarea mijloacelor financiare

3. Cheltuielile de tratament în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate, prevăzute la art.8 din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr.263-XVI din 11.12.08 se achită din contul și în limita mijloacelor bugetului de stat prevăzute Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe anul corespunzător.

4. După aprobarea în bugetul de stat a cheltuielilor nominalizate, Compania Națională de Asigurări în Medicină va întocmi și va prezenta Ministerului Finanțelor planul de finanțare, coordonat cu Ministerul Sănătății, care se aprobă în modul stabilit.

5. Volumul și costul serviciilor medicale acordate se stabilesc ca și pentru persoanele asigurate, conform Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și a tarifelor aprobate în modul stabilit.

6. Instituțiile medico-sanitare publice țin evidența și completează Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală spitalicească, formularul 1-04/r, unde nu vor fi completate colonițele 3-4.

7. Darea de seamă despre volumul de asistență medicală spitalicească acordat persoanelor neasigurate (formular nr.1-31/d), se prezintă la CNAM de către IMSP lunar, pînă la data de 05 a lunii imediat următoare, cu prezentarea copiei Ministerului Sănătății.

8. Prestatorii de servicii medicale în termen de 10 zile lucrătoare după aprobarea prezentului regulament aprobă și prezintă pentru coordonare CNAM devizul de venituri și cheltuieli (business-plan), conform modelului anexat la prezentul regulament.

9. Achitarea costului serviciilor medicale acordate se va efectua lunar, conform planului de finanțare și prevederilor contractelor de acordare a asistenței medicale persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale spitalicești, încheiate de CNAM și IMSP, dărilor de seamă (formular nr.1-31/d) și facturilor pentru achitarea costului serviciilor medicale prestate (formular nr.1-12/f), prezentate de IMSP.

10. Darea de seamă scontată cu toate explicațiile de rigoare pentru luna decembrie, cu prezentarea copiei și Ministerului Sănătății, și factura de plată pentru trimestrul IV vor fi prezentate CNAM de către instituțiile medico-sanitare publice pînă la data de 25 decembrie a anului respectiv de gestiune.

11. Darea de seamă referitor la cheltuielile suportate pentru tratamentul în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate, conform anexei la prezentul regulament, se va prezenta Ministerului Finanțelor de către CNAM concomitent cu raportul trimestrial/anual pe perioada respectivă.

12. Prestatorul este obligat de a prezenta spre achitare toate documentele de plată cu indicarea serviciilor care au fost acordate *de facto*, în volumul stabilit de actele normative și poartă răspundere pentru autenticitatea acestora conform contractului și legislației în vigoare.

III. Dispoziții finale

13. Evidența contabilă a cheltuielilor se efectuează de către CNAM în conformitate cu Standardele Naționale de Evidență Contabilă.

14. Responsabilitatea pentru utilizarea după destinație a mijloacelor financiare se atribuie CNAM și instituțiilor medico-sanitare publice.

15. Evidența veniturilor și cheltuielilor pentru tratamentul persoanelor nominalizate se efectuează de către instituțiile medico-sanitare și CNAM separat de alte mijloace.

CONTRACTUL-TIP
de acordare a asistenței medicale persoanelor
neasigurate în cadrul asistenței medicale spitalicești
nr. _____

mun.Chișinău

“ _____ ” _____ **200** _____

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către dl **Gheorghe Russu, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția medico-sanitară publică „_____”**, reprezentată de către _____, **director** (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Statutului** au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale spitalicească persoanelor neasigurate (în continuare - Contract), convenind asupra următoarelor:

2. Obiectul contractului

2.1. Obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea de către Prestator a asistenței medicale spitalicești persoanelor neasigurate, conform art.8 din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr.263-XVI din 11.12.08 în volumul stabilit în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Program unic).

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de _____(_____) lei. Volumul mijloacelor financiare achitate de către Companie este specificat în anexele nr. 1-2 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor neasigurate asistență medicală în volumul prevăzut de pct. 2.1 al prezentului Contract;

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

să solicite, la acordarea serviciilor medicale, actele care atestă identitatea pacientului;

să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiștii de profil;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate în volumul prevăzut la pct. 2.1 al prezentului Contract;

să acorde servicii medicale persoanelor neasigurate, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;

să informeze persoanele neasigurate despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul serviciilor medicale acordate, prevăzute în Programul unic și în prezentul Contract;

să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor neasigurate registrul, numerotat, broșat și parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate și neasigurate;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor neasigurate, 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;

să prezinte Companiei, la finele fiecărui trimestru, facturi de modelul stabilit pentru achitarea serviciilor medicale prestate persoanelor neasigurate, conform prevederilor prezentului Contract;

să prezinte materialele și să creeze condițiile necesare în vederea efectuării controlului din partea Companiei asupra volumului și modului de acordare a asistenței medicale persoanelor neasigurate, în temeiul prezentului Contract;

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 insolvență, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală.

3.2. Compania se obligă:

să transfere Prestatorului mijloacele financiare (în limita mijloacelor financiare disponibile) în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, în temeiul prezentului Contract;

să verifice, volumul, calitatea și costul asistenței medicale acordate persoanelor neasigurate, precum și utilizarea mijloacelor financiare, obținute Conform prezentului contract.

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

4.1. Costul serviciilor medicale, acordate persoanelor neasigurate, se stabilește în baza tarifelor aprobate de Ministerul Sănătății, în modul stabilit de legislație.

4.2. Compania achită lunar Prestatorului serviciile acordate, conform facturilor prezentate, 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. Darea de seamă scontată cu toate explicațiile de rigoare pentru luna decembrie și factura de plată pentru trimestrul IV vor fi prezentate CNAM de către instituțiile medico-sanitare publice până la data de 25 decembrie a anului respectiv de gestiune.

4.4. Pentru serviciile acordate de către Prestator persoanelor neasigurate, Compania efectuează lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de până la 80 % din 1/12 parte din suma contractuală.

4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși cheltuielile reale pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, suma pentru luna următoare va fi micșorată cu diferența obținută în luna precedentă.

4.6. Volumul de servicii medicale poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și mijloacelor aprobate pentru scopul respectiv din bugetul de stat pentru anul respectiv.

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 contul mijloacelor bugetului de stat, în conformitate cu prezentul Contract, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile când serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării.

5.2. În cazul confirmării acestor cazuri, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.3. În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale persoanei neasigurate, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 10% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate.

5.4. 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.

6. Procedura de încheiere a Contractului, termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți.

6.2. Termenul de acțiune al Prezentului Contract este 01 ianuarie 200 – 31 decembrie 200 .

6.3. Prezentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 5 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

6.4. 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.

6.5. Anexele nr. 1-2 constituie parte integrantă a prezentului contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Renașterii 12
cod fiscal 1007601007778
Ministerul Finanțelor-Trezoreria
Centrală
Cod bancar TREZMD2X
c/d _____

Prestatorul

Semnăturile părților

Compania

Gheorghe Russu

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul

(numele reprezentantului Instituției medicale)

L.Ș

L.Ș.

Coordonat _____
L.Ș.

Anexa nr. 1
la Contractul nr. _____
din _____ 2009

Asistența medicală spitalicească

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2009 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală spitalicească, achitat de Companie:

Nr. d/o	Profilul patului	Numărul de cazuri tratate	Prețul unui caz tratat (lei)	Suma (lei)
1				
2				
	Total			

Compania

Prestatorul

L.Ș.

L.Ș.

Coordonat _____

L.Ș.

Anexa nr.2
la Contractul nr. _____
din _____ 2009

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2009 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Pentru a obține finanțare, Prestatorul, în conformitate cu prezentul Contract, va prezenta Companiei pentru coordonare devizul de venituri și cheltuieli (business - plan) pe anul 2009 în termenul stabilit în Regulamentul privind acordarea și acoperirea cheltuielilor de tratament în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate.

Compania

Prestatorul

L.Ș.

L.Ș.

Coordonat_____

L.Ș.

Se prezintă la CNAM lunar până la data de 5

Formular nr. 1-31/d

--	--	--	--

Codul

și denumirea instituției medico-sanitare _____

DAREA DE SEAMA
despre volumul de asistență medicală spitalicească
acordat persoanelor neasigurate
pentru luna _____ 2009

Nr. d/o	Profil	Cod profil	Cazuri planificate conform contractului	Cazuri tratate efectuate		Numărul beneficia rilor	Zile pat efectuate
				TOTAL	inclusiv spitalizări de urgentă		
1	2	3	4	5	6	7	8

Conducătorul instituției medico-sanitare _____

Contabil-șef _____

L.Ș.

Anexa
la Regulamentul privind organizarea asistenței medicale
și acoperirea cheltuielilor de tratament în condiții de staționar al
maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății
publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate

DAREA DE SEAMA

referitor la cheltuielile suportate pentru tratamentul în condiții de staționar a unor maladii social-condiționate cu impact major asupra
sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate

<i>Periodicitatea: 1 aprilie, 1 iulie, 1 octombrie, anual</i>								
Denumirea profilului		Numărul beneficiarilor (persoanelor)		Cazuri tratate		Costul mediu, (lei)	Cheltuielile, total, (mii lei)	
1.	Ftiziopulmonologie	planificat	executat	planificat	executat		planificat	executat
	<i>inclisiv:</i>							
	<i>ftiziopulmonologie</i>							
	<i>ftiziopulmonologie MDR</i>							
2.	Psihiatrie							
3.	Narcologie							
4.	Oncologie							
5.	Dermatovenerologie							
6.	SIDA							
7.	Infecțioase							
	TOTAL							

Director general al Companiei
Naționale de Asigurări în
Medicină

Gh.Russu

