

INDICAȚII METODICE

de completare a formularului 2-02/d “Darea de seamă despre serviciile medicale prestate nevalide”

Rîndul “denumirea subdiviziunii CNAM”- se înscrie denumirea completă a direcției Companiei Naționale de Asigurări în Medicină sau denumirea Agenției teritoriale”;

Rîndul “pe luna” – se înscrie denumirea lunii pentru care se raportează.

I. Pentru *Asistența medicală spitalicească*, tabelul se completează, după cum urmează:

Col.1 „Nr d/o” - se înscrie numărul de ordine a înscrierii;

Col.2 „Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate” - se înscrie denumirea completă a prestatorului de servicii medicale;

Col.3-5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rînd, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” - se înscrie următorul text “*Asistența medicală spitalicească*”;

Col.3 – 5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rînd, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” - se înscrie denumirea profilului;

Col.3 „Numărul serviciilor prestate nevalide în baza dispozițiilor” - se înscrie numărul de cazuri tratate prestate pe profilul respectiv nevalide în baza dispozițiilor emise în urma controalelor efectuate de către subdiviziunile care raportează.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost nevalide cazuri tratate în baza dispozițiilor emise, în coloana 3 se înscrie simbolul „X”.

Col.4 „Numărul serviciilor validate din cele nevalide anterior” - se înscrie numărul cazurilor tratate validate din cele nevalide anterior.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost validate cazuri tratate din cele nevalide anterior, în coloana 4 se înscrie simbolul „X”.

Col.5 „Total servicii nevalide pe luna de raportare” - se înscrie rezultatul diferenței coloanelor 3 și 4, sau alte situații descrise în exemplul de mai jos.

Col.6 „Suma pentru servicii nevalide (lei)” - se înscrie rezultatul înmulțirii cifrei din col.5 cu prețul unui caz tratat în perioada controlată. Prețul cazului tratat este indicat în contractul de prestare a serviciilor medicale.

Totalul se face pe fiecare prestator de servicii medicale.

Exemplu

Nr d/o	Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate	Numărul serviciilor prestate nevalide în baza dispozițiilor	Numărul serviciilor validate din cele nevalide anterior	Total servicii nevalide pe luna de raportare (+/-)	Suma pentru servicii nevalide (lei)
1	2	3	4	5 (3-4)	6
1	Spitalul Raional Telenești				
	Asistența medicală spitalicească				
	Terapia	52	X	52	114 400
	Infecțioase	X	10	-10	- 24 420
	Chirurgia I	10	X	10	17 930
	Chirurgia II	5	X	5	11 405
	Nașterea I	2	10	-8	- 13 232
	Nașterea IV	2	10	-8	- 30 616
	Total	X	X	X	75 467

II. Pentru *Servicii medicale de înaltă performanță*, tabelul se completează, după cum

urmează:

Col.1 „Nr d/o” - se înscrie numărul de ordine a înscrierii;

Col.2 „Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate” - se înscrie denumirea completă a prestatorului de servicii medicale;

Col.3-5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rând, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” - se înscrie următorul text ”*Servicii medicale de înaltă performanță*”;

Col.3 – 5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rând, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” – se înscrie denumirea serviciilor medicale de înaltă performanță;

Col.3 „Numărul serviciilor prestate nevalidate în baza dispozițiilor” - se înscrie numărul serviciilor prestate nevalidate în baza dispozițiilor emise în urma controalelor efectuate de către subdiviziunile care raportează.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost nevalidate servicii în baza dispozițiilor emise, în coloana 3 se înscrie simbolul „X”.

Col.4 „Numărul serviciilor validate din cele nevalidate anterior” - se înscrie numărul serviciilor validate din cele nevalidate anterior.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost validate servicii din cele nevalidate anterior, în coloana 4 se înscrie simbolul „X”.

Col.5 „Total servicii nevalidate pe luna de raportare” - se înscrie rezultatul diferenței coloanelor 3 și 4, sau alte situații descrise în exemplul de mai jos.

Col.6 "Suma pentru servicii nevalidate (lei) " - se înscrie rezultatul înmulțirii cifrei din col.5 cu prețul unui serviciu în perioada controlată. Prețul serviciului este indicat în contractul de prestare a serviciilor medicale.

Totalul se face pe fiecare prestator de servicii medicale.

Exemplu

Nr d/o	Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate	Numărul serviciilor prestate nevalidate în baza dispozițiilor	Numărul serviciilor validate din cele nevalidate anterior	Total servicii nevalidate pe luna de raportare (+/-)	Suma pentru servicii nevalidate (lei)
1	2	3	4	5 (3-4)	6
1	Spitalul Clinic Republican				
	Servicii medicale de înaltă performanță				
	IRM cerebrală	52	X	52	29 224
	Aortografia	X	10	-10	-40 200
	Angiografia periferică	10	X	10	49 230
	Determinarea T4	2	10	-8	-352
	Total	X	X	X	37 902

III. Pentru *Îngrijiri medicale comunitare, paliative și la domiciliu*, tabelul se completează, după cum urmează:

Col.1 „Nr d/o” - se înscrie numărul de ordine a înscrierii;

Col.2 „Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate” - se înscrie denumirea completă a prestatorului de servicii medicale;

Col.3-5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rând, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” - se înscrie următorul text ”*Îngrijiri medicale comunitare, paliative și la domiciliu*”;

Col.3 – 5 – nu se va face nici o înscriere.

Pe următorul rând, se înscrie următoarele:

Col.1 „Nr d/o” - nu se va face nici o înscriere;

Col.2 „Tipul asistenței medicale/denumirea serviciului medical” – se înscrie îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri medicale paliative sau îngrijiri medicale comunitare;

Col.3 „Numărul serviciilor prestate nevalidate în baza dispozițiilor” - se înscrie numărul vizitelor prestate nevalidate în baza dispozițiilor emise în urma controalelor efectuate de către subdiviziunile care raportează.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost nevalidate vizite în baza dispozițiilor emise, în coloana 3 se înscrie simbolul „X”.

Col.4 „Numărul serviciilor validate din cele nevalidate anterior” - se înscrie numărul vizitelor validate din cele nevalidate anterior.

În cazul în care pentru perioada de raportare nu au fost validate vizite din cele nevalidate anterior, în coloana 4 se înscrie simbolul „X”.

Col.5 „Total servicii nevalidate pe luna de raportare” - se înscrie rezultatul diferenței coloanelor 3 și 4.

Col.6 "Suma pentru servicii nevalidate (lei) " - se înscrie rezultatul înmulțirii cifrei din col.5 cu prețul unei vizite în perioada controlată. Prețul vizitei este indicat în contractul de prestare a serviciilor medicale.

Totalul se face pe fiecare prestator de servicii medicale.

Exemplu

Nr d/o	Denumirea prestatorului de servicii medicale, tipurilor de asistență medicală și a serviciilor contractate	Numărul serviciilor prestate nevalidate în baza dispozițiilor	Numărul serviciilor validate din cele nevalidate anterior	Total servicii nevalidate pe luna de raportare (+/-)	Suma pentru servicii nevalidate (lei)
1	2	3	4	5 (3-4)	6
1	CMF Strășeni				
	Îngrijiri medicale la domiciliu	16	X	16	560

Notă:

1. Totalul se face pe fiecare prestator de servicii medicale și pentru fiecare tip de asistență medicală. Totalurile pentru col.3-5 nu se fac. Valorile rezultate pot fi atât pozitive, cât și negative, în conformitate cu valorile rezultate în col. 5.

2. Valorile rezultate în coloana 6 vor fi interpretate în felul următor:

- valorile negative – ca cele ce trebuie luate pentru achitarea ulterioară;
- valorile pozitive – ca cele ce trebuie scoase din achitarea ulterioară.