



ORDIN
mun. Chișinău

28.05.2015

400/219-A

**Privind aprobarea Normelor metodologice
de aplicare în anul 2015 a Programului unic
al asigurării obligatorii de asistență medicală**

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, Hotărîrii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 „Cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Sănătății, în temeiul pct. 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011 și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul pct.29 lit.e) din Statut, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002,

ORDONĂ :

1. Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Norme metodologice), conform anexei.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.

3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să afișeze în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori informația privind numărul contractului și data cînd acesta a fost încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, spectrul și tipul serviciilor contractate în baza acestuia, conform prevederilor Normelor metodologice și lista serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate și neasigurate în instituția respectivă.

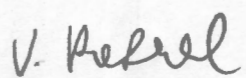
4. Șeful Direcției asistență medicală primară, urgentă și comunitară, șeful Direcției asistență medicală spitalicească, șeful Direcției buget, finanțe și asigurări vor acorda suportul consultativ-metodic necesar în vederea realizării prevederilor Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.

5. Ordinul nr. 1490/672-A din 29.12.2014 Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se abrogă.

6. Controlul asupra executării prezentului ordin ni-1 asumăm.



Mircea BUGA
Ministru



Vasile PASCAL
Director general interimar

:

**Normele metodologice de aplicare în anul 2015
a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală**

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 și Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *Program unic*), aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007, toate cu ulterioarele modificări și completări, precum și Legea nr.74 din 12.04.2015 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2015.

2. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare a serviciilor medicale și de plată a acestora pe tipurile prevăzute de Programul unic, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip, modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor eligibili în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în funcție de parametrii financiari stabiliți prin Legea nr.74 din 12.04.2015 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2015.

4. Reglementarea condițiilor acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență și servicii prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală are ca scop asigurarea accesului echitabil la asistență medicală de toate nivelurile, cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia, în volumul stabilit de Programul unic pentru toate persoanele aflate pe teritoriul Republicii Moldova în condițiile legii.

5. Pentru persoanele neasigurate, volumul și condițiile acordării serviciilor medicale la nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească și asistență medicală primară, precum și asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească, în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acoperite din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală conform legislației, sunt stabilite de Programul unic și prezentele Norme metodologice.

Lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar include:

- a) tuberculoza;
- b) psihozele și alte tulburări mentale și de comportament;

- c) alcoolismul și narcomania;
- d) afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate;
- e) afecțiuni precanceroase* depistate în cadrul Screening-ului organizate în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- f) HIV/SIDA și sifilisul;
- f) hepatita virală acută A, botulismul, meningitele și meningoencefalitele virale, bacteriene și parazitare, gripa pandemică, varicela, rujeola, leptospiroza, malaria, febra tifoidă și paratifoidă, tifos exantematic, holera, tetanosul, antraxul, bruceloza, febrele hemoragice, febra Q, parotidita epidemică, rabia, trihineloză, pesta, iersinioza, tularemia, difteria, poliomielita, rubeola.

Persoanele neasigurate cu maladii conform listei menționate, vor beneficia de investigații, consultații și tratament gratuit, inclusiv supraveghere postterapeutică la medicii specialiști de profil conform competenței și medicii de familie. *Pentru afecțiunile înregistrate la litera e) se asigură asistența medicală la nivel de asistență medicală specializată de ambulator.

6. Reglementarea modalităților de plată și de contractare a prestatorilor de servicii medicale are ca scop asigurarea echității și proporționalității în procesul de achitare pentru serviciile medicale acordate pe diferite tipuri de asistență medicală în funcție de volumul mijloacelor acumulate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și eficienței prestatorilor în baza criteriilor de contractare ai acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

7. Normele metodologice se aplică și sunt obligatorii pentru toți subiecții asigurării obligatorii de asistență medicală stabiliți prin Legea nr. 1585-XVIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, alte acte normative și legislative în vigoare, inclusiv pentru toți prestatorii de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Capitolul II. Condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

8. Organizarea asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează conform următoarelor condiții generale:

a) atât în caz de boală cât și în caz de vizită profilactică, persoana se prezintă inițial, cu actul de identitate și/sau polița de asigurare obligatorie de asistență medicală la medicul de familie, care organizează asistența medicală necesară în volumul stabilit de Programul unic și prezentele Norme metodologice;

b) în toate cazurile în care neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului și/sau a celor ce-l înconjoară sau prezintă urmări grave pentru starea sănătății pacientului sau a sănătății publice, asistența medicală urgentă se acordă de orice medic, din orice instituție medico-sanitară indiferent de forma juridică de organizare ce a încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină în regim continuu, pînă la stabilizarea stării sănătății pacientului și/sau transmiterea pentru tratament în altă instituție medicală;

c) asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată, cetățeni ai Republicii Moldova, în volumul stabilit de Programul unic și prezentele Norme metodologice, inclusiv prescrierea medicamentelor compensate în volumul stabilit de actele normative în vigoare, fără a fi condiționată plata pentru prestarea acestor servicii;

d) statutul de persoană asigurată/neasigurată se confirmă prin interogarea, în modul stabilit, de către lucrătorii medicali autorizați a sistemului informațional al CNAM, utilizând codul numeric personal (IDNP) din actul de identitate al persoanei sau numărul poliței de asigurare obligatorie;

e) în toate cazurile, când este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat) se solicită/verifică doar la finalul acordării asistenței medicale urgente;

f) în cazul urgențelor medico-chirurgicale, când persoana necesită asistență medicală specializată de ambulator și/sau spitalicească consultul/internarea se efectuează la trimiterea medicului de familie, serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească, medicului specialist de profil și la adresarea persoanei fără bilet de trimitere;

g) asistența medicală specializată de ambulator programată se acordă în instituțiile raionale și municipale, conform principiului teritorial, în baza biletului de trimitere (formular 027/e) emis de medicul de familie în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate la lit. b) a prezentului punct, iar asistența medicală specializată de ambulator programată în instituțiile de nivel terțiar se acordă în baza extrasului-trimiterii (F-027/e), eliberat și completat în modul stabilit de medicul specialist din teritoriu, conform principiilor stabilite în secțiunea *Asistența medicală specializată de ambulator*;

h) asistența medicală spitalicească programată:

1) în instituțiile medicale raionale și municipale, se acordă conform principiului teritorial/zonal (pentru zonele, stabilite conform actelor normative în vigoare) în baza biletului de trimitere (formular 027/e) emis de medicul de familie în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate la lit. b) a prezentului punct.

2) în instituțiile medicale republicane se acordă, în baza biletului de trimitere (formular 027/e) emis de medicul specialist în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate la lit. b) a prezentului punct.

3) în instituțiile medicale departamentale și private contractate pentru prestarea serviciilor medicale, se acordă, în baza biletului de trimitere (formular 027/e) emis de medicul de familie/specialist în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate la lit. b) a prezentului punct.

9. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile expuse la pct.8 lit. e) și f), sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

10. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile nerespectării prevederilor pct.8 lit. g) și h), sunt achitate de pacient în casa instituției medico-sanitare, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală.

11. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească sunt achitate de către pacient în casa instituției medico-sanitare în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private, cu excepția maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform listei stabilite la pct.5 din prezentele Norme metodologice.

12. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate în cadrul asistenței medicale primare persoanelor neînregistrate pe lista medicului de familie respectiv, cu excepția situațiilor de urgență, sunt achitate de pacient în casa instituției medico-sanitare, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale primare gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală.

Asistența medicală urgentă prespitaliceasca

13. Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură acordarea asistenței medicale respective populației (maturi și copii), indiferent de statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat), pe întreg teritoriul deservit în regim non-stop, organizând la necesitate, pentru operativitate, deplasarea echipei și în afara teritoriului de deservire a subdiviziunilor subordonate de asistență medicală urgentă.

14. Asistență medicală urgentă prespitaliceasca se efectuează la apelul pacientului, altor persoane din numele pacientului sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se asigură în regim continuu, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și până la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare. La solicitare, până la sosirea echipei de asistență medicală urgentă, asistența respectivă se acordă de orice instituție medicală aflată în apropierea locului accidentului sau îmbolnăvirii.

15. Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură operativitatea reacționării și deservirii urgențelor medico-chirurgicale, ținând cont de gradul urgenței și principiile de prioritizare stabilite de actele normative în vigoare.

16. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale, deservite de instituțiile ce prestează servicii de asistență medicală urgentă prespitalicească, care necesita consultație și tratament la etapa spitalicească sau specializată de ambulator, la

indicații medicale li se asigură transport medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii pînă la transmiterea acestora instituției medico-sanitare respective.

17. În cazul urgențelor medico-chirurgicale, care pun în pericol viața pacientului, serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură transportarea medicală asistată de la locul accidentului, domiciliu etc., direct în spitalele de nivel terțiar sau municipal, conform complexității cazului, inclusiv transferul interspitalicesc prin intermediul echipelor specializate asistență medicală urgentă/secțiilor de spitalizare a stațiilor zonale de asistență medicală urgentă.

18. Transferarea urgențelor obstetricale și neonatale, referite de la nivelul I la nivelul II și de la nivelul I sau II la nivelul III, conform sistemului de referire, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, se efectuează prin intermediul stațiilor teritoriale de asistență medicală urgentă.

19. Transportarea medicală asistată prin intermediul Serviciului republican „AVIASAN” se efectuează la solicitarea instituțiilor medico-sanitare, care, pînă la sosirea echipei respective, asigură supravegherea pacientului, efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, tratamentul intensiv necesar în conformitate cu actele normative în vigoare.

20. Alte servicii medicale, decît cele prevăzute în Programul unic (transportarea pacienților pentru consultații, investigații în alte instituții medicale, transportarea personalului de urgență de la/la domiciliu etc.), sunt prestate de către instituțiile de asistență medicală urgentă în temeiul contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral între instituții sau contra plată, efectuată conform tarifelor aprobate, dar fără a periclita activitatea lor de bază.

21. Transportarea medicală asistată a bolnavilor cu urgențe psihiatrice și narcologice, pentru tratament spitalicesc în spitalele raionale sau spitalele de profil de nivel republican, se efectuează prin intermediul echipelor de asistență medicală urgentă/secțiilor de spitalizare a stațiilor zonale de asistență medicală urgentă, după coordonarea de către ei a internării cu spitalele respective.

Asistența medicală primară

22. Medicul de familie este specialistul de prim contact la care apelează persoana și care are obligația de a organiza acordarea asistenței medicale primare și după caz, accesul la celelalte tipuri de asistență și servicii medicale prevăzute de Programul unic.

23. Pentru a beneficia de asistență medicală primară, este obligatorie înregistrarea pe lista medicului de familie, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al MS și CNAM nr. 627/163-A din 09 septembrie 2010, fiind respectat principiul deservirii teritoriale a populației cu acordarea îngrijirilor medicale persoanelor în contextul familiei și familiilor în cadrul comunității, respectînd principiul echității și nondiscriminării.

24. Instituția medicală, indiferent de forma juridică de organizare, oferă, în

mod prioritar, posibilitate persoanei (familiei) de a alege medicul de familie în cadrul instituției care deservește teritoriul unde își are locul de trai persoana respectivă.

25. Asistența medicală primară, în cazul înregistrării primare a persoanelor la medicul de familie sau schimbării medicului de familie în legătură cu schimbarea locului de trai, se acordă începând cu data acceptării cererii de înregistrare la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare. Iar în cazul schimbării medicului de familie pe parcursul lunilor septembrie–octombrie, asistența medicală primară se acordă conform cererii noi din 1 ianuarie a anului următor de gestiune, după înregistrarea în SIA „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”.

26. În situațiile de urgență asistența medicală primară se acordă persoanelor, indiferent pe lista cărui medic de familie sunt acestea înscrise.

27. Instituțiile medicale primare asigură toate persoanele înregistrate pe lista medicului de familie cu documentație medicală primară necesară, de model aprobat de către Ministerul Sănătății, și sunt responsabile de completarea acestora cu date și informații relevante privind dinamica stării de sănătate și serviciile medicale prestate, garantând păstrarea lor și confidențialitatea informației în modul stabilit de actele normative în vigoare.

Instituțiile medicale primare asigură implementarea Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară, înregistrarea datelor privind starea de sănătate și serviciile medicale prestate în fișa medicală electronică, garantând protecția datelor cu caracter personal în modul stabilit de actele normative în vigoare.

28. Pentru realizarea volumului de asistență medicală primară prevăzut în Programul unic și prezentele Norme metodologice, conducătorul instituției medico-sanitare respective asigură în toate instituțiile medicale subordonate condițiile necesare prin:

- a) asigurarea instituției cu cadre medicale;
- b) procurarea echipamentului medical necesar, inclusiv pentru serviciile de reabilitare și medicină fizică;
- c) asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;
- d) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.
- e) organizarea accesului la medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- f) efectuarea examenelor medicale profilactice și determinarea grupurilor de risc;
- g) organizarea supravegherii, inclusiv la domiciliu, a persoanelor cu maladii

cronice, inclusiv a persoanelor nedeplasabile;

h) supravegherea și monitorizarea de către medicul de familie a evoluției sarcinii femeilor gravide conform standardelor de supraveghere a gravidelor;

i) organizarea accesului populației din localitățile rurale fără medic de familie la asistență medicală primară;

j) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examinarea copiilor, inclusiv a elevilor, gravidelor și persoanelor ce nu se pot deplasa fără ajutor etc.;

k) stabilirea relațiilor de colaborare și schimbul de informații necesare cu lucrătorii medicali din instituțiile preșcolare și preuniversitare;

l) organizarea rezolvării maxime a problemelor de sănătate la nivelul asistenței medicale primare;

m) organizarea trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare în instituția medico-sanitară teritorială/zonală de tip spitalicesc, numai în cazurile când situația depășește competențele medicului de familie;

n) integrarea serviciilor de sănătate mintală comunitară în asistența medicală primară, dezvoltarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală la nivel de comunitate, în conformitate cu actele normative în vigoare;

o) integrarea și prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în asistența medicală primară, dezvoltarea Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în conformitate cu actele normative în vigoare;

p) examinarea grupurilor de risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză, depistarea precoce și luarea la evidență a bolnavilor cu TBC, supravegherea și aplicarea strict observată a tratamentului în condiții de ambulator în colaborare cu Centrele Comunitare pentru Suportul Tratamentului Pacienților cu Tuberculoză din teritoriu;

q) programarea și efectuarea vaccinării populației în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare;

r) asigurarea respectării regimului sanitaro-igienic conform cerințelor regulamentelor sanitare în vigoare;

s) examinarea clinico-serologică a grupelor de populație cu risc sporit de infectare cu infecția HIV și sifilis și trimiterea persoanelor depistate cu semne clinice suspecte pentru aceste infecții sau cu testele serologice pozitive la consultația specialiștilor infecționiști sau dermatovenerolog, după caz;

ș) asigurarea depistării precoce a bolnavilor cu maladii contagioase inclusiv de profil dermatologic, organizarea consultării lor la specialistul de profil și lucru antiepidemic în focar, conform actelor normative în vigoare;

t) implementarea Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

29. Pentru eficientizarea acordării asistenței medicale primare vizitele la medicul de familie se programează telefonic, prin internet sau la prezentarea directă a pacientului sau rudelor acestuia.

30. Programul de lucru al instituției medicale primare se elaborează în funcție de specificul localității (rural/urban), anotimp (vară/iarnă), numărul

medicilor de familie/asistenților medicali, asigurând accesul populației la asistență medicală primară conform cererii, în interval optimal de timp.

31. Examenele medicale profilactice prevăzute de actele normative în vigoare la persoanele din grupurile țintă se realizează de către medicul de familie și echipa sa, la adresare directă.

32. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare în cadrul examenelor medicale profilactice anuale se efectuează conform prevederilor actelor normative în vigoare. Datele despre realizarea investigațiilor se consemnează în documentația de evidență medicală primară și/sau Sistemul Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, medicul de familie și echipa sa asigurând evidența realizării acestora de către toate persoanele înregistrate pe listă.

33. Examinările de depistare precoce a patologiei colului uterin (prelevarea frotiului pentru examinare citologică, referirea la investigație prin colposcopie/consultație de către medicul oncolog-ginecolog); glandei mamare (palparea glandei mamare și instruire în autoexaminare, referirea la investigație prin mamografie/USG/consultația medicului mamolog); și colorectală (aplicarea testului rapid vizual, imunologic pentru determinarea calitativă a hemoglobinei umane în masele fecale (Human Fecal Occult Blood Rapid Test Device, în continuare - testul rapid FOB), referirea la investigație prin colonoscopie), inclusiv alte examene de screening prevăzute de actele normative în vigoare, se efectuează la adresare directă în instituția medicală primară/secția consultativă.

Referirea la investigație prin colonoscopie a populației din „grupul de risc familial pentru cancer colorectal”, se face fără specificare pe vârstă direct la centrul de Colonoscopie conform prevederilor actelor normative.

34. Instituțiile medico-sanitare primare asigură procurarea dispozitivelor medicale, contraceptivelor, inclusiv de urgență, pentru populația țintă din raion: adolescenții sexual-activi, în mod special cei în stare de vulnerabilitate și de risc, tinerii din grupurile vulnerabile și de risc, precum și femeile de vârstă fertilă din grupurile vulnerabile și de risc; testelor rapide HIV și seturilor standard de medicamente pentru tratamentul infecțiilor urogenitale, cu excepția sifilisului și infecției gonococice, pentru persoanele din grupurile vulnerabile și grupurile de risc medical și social.

35. Instituțiile medico-sanitare primare organizează prestarea serviciilor de consiliere pentru renunțare la fumat, promovarea și recrutarea donatorilor de sânge/ componente sanguine voluntari și neremunerați; consiliere pre- și post-test (fără costul testului) în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV, sifilis și infecția gonococică și hepatite virale B, C, a solicitanților, inclusiv a gravidelor în prima și a doua jumătate de sarcină, în conformitate cu actele normative în vigoare.

36. Cheltuielile pentru investigațiile prevăzute de actele normative în vigoare la prestarea serviciilor medicale profilactice, inclusiv: examenle medicale anuale, examinarea grupurilor de risc, examenle medicale în comisie a

elevilor instituțiilor preșcolare și de învățământ, examenele medicale ale abiturienților pentru admitere, examenele medicale profilactice pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare), se asigură de către instituția medicală primară. În aceste cazuri, la necesitate, instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

37. Realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente, cabinete de proceduri și la domiciliu, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, cu asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv și a medicamentelor în cazuri de urgență și prim ajutor, de către instituția medicală primară.

38. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare în cadrul serviciilor curative prestate, inclusiv pentru situații de urgență, stabilite în compartimentele I și III din anexa nr. 4 a Programului unic și prezentele Norme metodologice se asigură de către instituția medicală primară la solicitarea (prescrierea) medicului de familie pentru toate persoanele, indiferent dacă acestea au sau nu au statut de persoană asigurată, în laboratorul instituției medicale primare sau laboratorul raional unic, conform competenței.

39. Trimiterea, în cazurile prevăzute la pct.38, se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin semnătura și parafa medicului de familie. Trimiterea poate fi efectuată și prin intermediul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, fiind asigurată înregistrarea rezultatelor investigațiilor de către laboratorul instituției medicale primare și/sau laboratorul raional unic.

40. Instituția medicală primară procură teste-expres, inclusiv și teste rapide FOB, asigurând accesul și oportunitatea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare la nivelul medicinei primare. Instituția medicală primară oferă gratuit teste-expres pentru determinarea glicemiei în condiții de domiciliu și seringi pentru administrarea insulinei pacienților aflați la evidență cu diabet zaharat, în limita surselor financiare planificate în acest scop.

41. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor de diagnostic și tratament prevăzute pentru asistența medicală primară în compartimentele I și III din anexa nr.4 a Programului unic și în prezentele Norme metodologice, efectuarea acestora se va realiza în cadrul altor instituții medicale, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral.

42. Activitățile, la realizarea cărora participă atât medicii de familie, cât și medicii specialiști de profil, se organizează în conformitate cu ordinul comun al instituțiilor medico-sanitare respective cu respectarea condițiilor stabilite de prezentele Norme metodologice.

43. Certificatele (formularele) eliberate în cadrul realizării activităților de suport, se asigură de către instituția medico-sanitară responsabilă, inclusiv în Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, inclusiv la solicitarea

pacientului sau reprezentantului legal, autorităților publice locale și centrale, organelor de drept.

44. Conducătorul instituției medico-sanitare primare asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății.

45. În cazurile, când starea pacientului sau stabilirea/precizarea diagnosticului și aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei depășește competența sa, medicul de familie organizează trimiterea pacientului respectiv la consultație în baza înscrierii în documentația medicală primară sau biletului de trimitere (formular 027/e) după caz. În aceste cazuri consultația persoanei asigurate se efectuează de către medicul specialist de profil din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

46. La trimiterea pentru consultație programată, medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, în limita competenței profesionale.

47. La prezentarea directă la medicul specialist de profil în cazurile prevăzute de anexa nr.2 la Programul unic, medicul specialist de profil efectuează înscrieri în documentația medicală primară (formulare: 025/e; 111/e; 112/e etc.), sau completează extras (formular 027/e) în cazul când pacientul este din alt teritoriu, inclusiv în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

48. După efectuarea consultației respective, medicul de familie asigură supravegherea în dinamică a pacientului în conformitate cu recomandările medicului specialist de profil, înregistrate în documentația medicală primară și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

49. Trimiterea pentru internare programată în cadrul instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale se efectuează de către medicul de familie în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic în situațiile, care au la bază criteriile stabilite în Programul unic.

50. Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești raionale/municipale se efectuează în baza listelor de așteptare din cadrul instituțiilor medico-sanitare primare/spitalicești, prin coordonare cu conducătorul sau persoanele responsabile din instituțiile abilitate, după caz prin telefon, înregistrând data respectivă în documentația medicală primară și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară. Instituțiile medico-sanitare spitalicești teritoriale vor prezenta săptămânal persoanelor responsabile listele locurilor vacante pentru internare.

51. Internarea se efectuează în temeiul biletului de trimitere (formular 027/e), completat conform cerințelor formularului, și/sau în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, cu indicarea diagnosticului, rezultatelor investigațiilor efectuate, inclusiv în dinamică, după caz, tratamentul efectuat în condiții de ambulator. Biletul de trimitere cu antetul instituției medico-sanitare primare se autentifică doar prin aplicarea parafei

medicului de familie.

Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare teritoriale la trimiterea medicului de familie, instituția medicală primară asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale necesare în corespundere cu prevederile protocoalelor clinice la nivel de asistență medicală primară.

Pe biletul de trimitere se indică „*Se trimite pentru internare programată în secția...*”, sau „*Se trimite pentru internare urgentă în secția...*”.

52. În cazul depistării/suspectării unei maladii, care prezintă pericol endemo-epidemic, medicul de familie va întreprinde măsuri de izolare și raportare, și va organiza măsuri pentru prevenirea sau restrângerea epidemiei/endemiei, organizând consultul medicului specialist de profil, inclusiv la domiciliu, care va organiza asistența medicală ulterioară conform indicațiilor medicale și sanitaro-epidemiologice. În aceste cazuri, medicul de familie asigură, de comun cu specialiștii de profil și din sănătatea publică, examinarea și supravegherea contactilor din focar, organizarea măsurilor de rigoare în vederea excluderii răspândirii maladiilor în cauză, în modul stabilit de actele normative în vigoare.

53. La externarea din spital, medicul de familie asigură supravegherea tratamentului de susținere a pacientului în condiții de ambulator, cu efectuarea, conform indicațiilor medicale și recomandărilor incluse de către medicul curant în extrasul din fișa medicală de staționar (formular 027/e), a investigațiilor paraclinice și de diagnostic, în volumul stabilit de actele normative în vigoare pentru asistența medicală primară.

54. Medicul de familie coordonează, organizează și prestează, după caz, acordarea îngrijirilor medicale comunitare, inclusiv la domiciliu în conformitate cu actele normative în vigoare, conlucrând cu administrația publică locală și prestatorii, după caz, în vederea asigurării prestării serviciilor de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu în funcție de necesitățile beneficiarului, asigurând supravegherea îngrijirilor prestate pe toată perioada necesară, conform indicațiilor medicale.

Asistența medicală specializată de ambulator

55. Asistența medicală specializată de ambulator, în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic, se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil împreună cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical, inclusiv și persoanelor neasigurate în cazul maladiilor prevăzute în Lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar, din pct. 5 la prezentele Norme metodologice.

56. Pentru realizarea tuturor activităților prevăzute în Programul unic, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personalului respectiv și sunt prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătății, conducătorul instituției medico-sanitare respective asigură condițiile necesare prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale;
- b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabile necesare, dispozitive medicale;
- c) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare;
- d) planificarea corectă a timpului de muncă, ținând cont de specificul specialității în vederea asigurării accesului populației la serviciile respective;
- e) programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar;
- f) organizarea procesului de programare la medicul specialist de profil conform înscrierii efectuate telefonic sau nemijlocit de către pacient la acesta sau persoana numită responsabilă, în baza biletului de trimitere al medicului de familie, inclusiv prin intermediul sistemului electronic on-line în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară;
- g) asigurarea evidenței și supravegherii medicale a pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;
- h) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examinarea copiilor, inclusiv a elevilor, gravidelor și persoanelor ce nu se pot deplasa fără ajutor etc.;
- i) acordarea suportului consultativ-metodic instituțiilor de asistență medicală primară în conduita maladiilor cu impact major asupra sănătății publice;
- j) monitorizarea situației în teritoriu privind morbiditatea și măsurile întreprinse, inclusiv la nivel de administrație publică locală, pentru maladiile cu impact major asupra sănătății publice;
- k) realizarea activităților necesare în focarele de boli infecțioase;
- l) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil pentru supravegherea pacienților cu maladiile prevăzute în Programul unic, care necesită supraveghere de comun cu medicul de familie și permit prezentarea directă a pacientului la medicul specialist de profil. În aceste cazuri instituția medicală, care prestează servicii de asistență medicală specializată de ambulator, asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil;
- m) organizarea, la necesitate a prescrierii de către medicii specialiști de profil (neurologi și endocrinologi) a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu actele normative în vigoare, în limita surselor financiare planificate în acest scop, monitorizând permanent situația la capitolul dat și cu realizarea măsurilor de intervenție oportune;
- n) conlucrarea cu Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, în conformitate cu actele normative în vigoare;

o) conlucrarea cu Centrele Comunitare pentru suportul Tratatamentului Pacienților cu Tuberculoză în condiții de ambulator, în conformitate cu actele normative în vigoare;

p) prestarea serviciilor de promovare și recrutare a donatorilor de sânge/ componente sanguine voluntari și neremunerați;

q) consilierea pre- și post- test (fără costul testului) în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV, sifilis și infecția gonococică și hepatite virale B, C, a solicitanților, inclusiv a gravidelor în prima și a doua jumătate de sarcină, în conformitate cu actele normative în vigoare, asigurând funcționalitatea cabinetelor de consiliere și testare și testare voluntară la HIV, și hepatite virale B, C.

r) implementarea Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, cu înregistrarea serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator în fișa electronică a pacientului, formularele de evidență medicală statistică, fiind asigurată înregistrarea în sistem a rezultatelor investigațiilor de laborator și instrumentale.

57. Consultația primară a medicului specialist de profil din teritoriu se acordă persoanelor asigurate în baza biletului de trimitere eliberat de către:

a) medicul de familie;

b) medicul specialist de profil, pentru care persoana asigurată a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie;

c) medicul specialist de profil, pentru cazurile când persoana asigurată s-a adresat direct la medicul specialist de profil cu una din maladiile stipulate în anexa nr.2 al Programului unic și acesta constată necesitatea consultațiilor altor specialiști de profil.

58. În cazul efectuării consultației respective de către medicul specialist din alt teritoriu/localitate, acesta remite în mod obligatoriu medicului/instituției, care a trimis pacientul la consultație formularul 027/e completat cu informația referitor la diagnosticul, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările de tratament și supraveghere etc. și/sau înregistrează datele menționate în Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, fișa electronică a pacientului.

59. Consultația medicului specialist de profil din cadrul instituțiilor medicale de nivel terțiar se acordă în baza extrasului-trimiterii (F-027/e), eliberat și completat în modul stabilit de medicul specialist din teritoriu și/sau înregistrat în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

60. Consultația repetată a medicului specialist de profil din teritoriu pentru monitorizarea în dinamică și corijarea tratamentului conform evoluției bolii pentru afecțiunile stabilite în Anexa nr.2 la Programul unic, se acordă la adresarea directă, fără un nou bilet de trimitere, conform programării în modul stabilit cu respectarea următoarelor condiții:

a) bolnavul necesită a fi monitorizat de medicul specialist de profil;

b) pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de evoluția bolii. În aceste cazuri medicul specialist de profil informează medicul de familie dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în conduita

terapeutică, prin efectuarea înscrierilor respective în documentația medicală primară (formulare: 025/e; 111/e; 112/e etc.) sau în biletul de trimitere/extras (formular 027/e) și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

61. Specialiștii de profil acordă asistența medicală specializată de ambulator (consultație medicală/de control) și la domiciliu în cazul în care medicul de familie a solicitat și a argumentat necesitatea acordării acesteia în condiții de domiciliu, efectuând înscrierea respectivă în documentația medicală primară și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, cu informarea specialistului de profil respectiv și șefului secției. În aceste cazuri, la necesitate, instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea la domiciliu a medicului specialist de profil.

62. În cazul când persoana, trimisă la consultație necesită pentru diagnosticul respectiv alte investigații, decât cele efectuate de către medicul de familie, acestea se efectuează în baza biletului de trimitere al medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator.

63. Trimiterea la investigații se efectuează în baza biletului de trimitere, și/sau în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, completat în modul stabilit de prezentele Norme metodologice cu aplicarea semnăturii și parafei medicului. Pentru efectuarea investigațiilor respective este interzisă solicitarea semnăturilor suplimentare sau a parafelor nereglementate. Trimiterea pentru investigații la HIV se efectuează în baza formularului F-020/e, perfectat de către medicul de familie sau medicul specialist de profil, și/sau în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

64. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare, necesare în cadrul organizării examenelor medicale în Comisii: examinarea medicală a candidaților și conducătorilor de vehicul; pentru port armă; examinarea medicală periodică a angajaților în condiții nocive de muncă, se efectuează contra plată, achitată în modul stabilit nemijlocit de persoană și respectiv de către angajator conform contractului de prestare servicii.

65. Examinările de depistare precoce a patologiei colului uterin, glandei mamare și a colorectului confirmare/excludere a diagnosticului (examen clinic, frotiu pentru examinare citologică, colposcopia, colonoscopia) se efectuează de medicul ginecolog/mamolog/endoscopist din secția consultativă la adresare directă sau la trimiterea medicului de familie, cu înregistrarea datelor în Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

Examinările de colposcopie, mamografie, colonoscopie se efectuează la adresare directă la medicul specialist din secția consultativă și/sau la trimiterea medicului de familie, cu înregistrarea datelor în SIA AMP conform actelor normative în vigoare.”

66. Examinarea medicală, investigațiile paraclinice și de diagnosticare a premilitarilor, recruților și rezerviștilor se efectuează în volumul prevăzut de

actele normative în vigoare, în baza trimiterii medicului specialist de profil, din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și surselor financiare ale administrației publice locale pentru persoanele neasigurate, cu înregistrarea datelor în Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

67. Medicii specialiști de profil oferă consultații medicale în cadrul comisiilor de expertiză narcologică și psihiatrică cu scop de diagnostic, tratament și recomandări privind supravegherea medicală în dinamică, conform actelor normative în vigoare. Consultația medicală, consilierea psihologică și psihoterapie, inclusiv asigurarea, la indicații medicale, a tratamentului de substituție cu clorură de metadonă pentru utilizatorii de droguri injectabili, se acordă în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală și cabinetelor pentru tratamentul de substituție cu clorură de metadonă.

68. În cazul, când instituția medico-sanitară de nivel teritorial nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea asistenței medicale specializate de ambulator, prevăzută de Programul unic, aceasta este obligată de a realiza consultațiile și investigațiile de laborator și instrumentale în cadrul altei instituții medico-sanitare atât de nivel teritorial, cât și terțiar, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral. Costurile la serviciile medicale prestate sunt negociabile și nu pot depăși mărimea stabilită în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private.

69. În cadrul consultației persoanei asigurate, trimise de către medicul de familie sau care s-a prezentat direct la medicul specialist de profil, ultimul înregistrează datele despre rezultatele examenului clinic, diagnosticul și recomandările de tratament în documentația medicală primară de ambulator și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

70. La prezentarea directă a persoanei asigurate la medicul specialist de profil, în cazul maladiilor indicate în Anexa nr.2 la Programul unic, inclusiv la adresările persoanei asigurate în cazurile de urgență, inclusiv traumatisme, investigațiile de laborator și instrumentale prevăzute în compartimentul II și III din anexa nr.4 a Programului unic se efectuează la trimiterea medicului specialist de profil din contul mijloacelor asistenței medicale specializate de ambulator.

71. La prezentarea directă a persoanei asigurate la medicul specialist de profil, cu excepția cazurilor prevăzute în pct.70, cheltuielile pentru serviciile medicale prestate sunt achitate de pacient, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

72. Consultația persoanei neasigurate de către medicul specialist de profil se

efectuează contra plată (cu excepția cazurilor stabilite la pct.5), conform tarifului stabilit în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private, în casa instituției medico-sanitare cu eliberarea bonului de plată.

73. Consultația de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară respectivă, aflată în același teritoriu (raion, municipiu), se acordă în baza documentației medicale primare (formulare: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e etc.), inclusiv în baza trimiterii și fișei medicale electronice în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

74. Vizitele efectuate la medicul specialist de profil pe parcursul unui episod de boală se efectuează în baza biletului de trimitere (formular 027/e), înregistrat în Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, eliberat primar de medicul de familie, gratuit din contul mijloacelor asigurării obligatorii de asistență medicală.

75. La necesitate, medicul specialist de profil asigură trimiterea persoanei asigurate pentru consultație medicală la un alt medic specialist de profil din aceeași instituție în cadrul aceluiași caz de boală, în baza înscrierii respective în documentația medicală primară și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, organizând la necesitate programarea pentru consultația necesară.

76. În cazul, când stabilirea diagnosticului, tratamentul sau examinarea persoanei asigurate depășește competența instituției medico-sanitare teritoriale, medicul specialist de profil trimite pacientul la consultație medicală, investigații de înaltă performanță și internare în cadrul instituțiilor medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea acestor servicii, asigurând înregistrarea datelor și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar/zonal, se asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, cu înregistrarea lor în Sistemul Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, în conformitate cu prevederile protocolelor clinice din contul asistenței medicale specializate de ambulator.

Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în pct. 51, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programată în secția...*” sau „*Se trimite pentru consultație/investigație de înaltă performanță în...*”.

În cazul trimiterii persoanei asigurate la servicii de înaltă performanță în propria instituție, trimiterea se asigură în baza înscrierii în documentația medicală primară (formulare 025/e; 111/e; 112/e etc.) și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

Instituțiile medico-sanitare asigură evidența trimiterilor la servicii de înaltă performanță în vederea gestionării corecte a fluxului de pacienți și respectării

cotei părți stabilite pentru fiecare teritoriu/instituție.

77. Specialistul de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar consultă pacientul în baza biletului de trimitere a medicului specialist de profil din instituția medico-sanitară teritorială (raională, municipală), sau a medicului de familie din raionul unde lipsește medicul specialist respectiv, sau la adresare directă în condițiile pct.57 c) și în caz de necesitate, eliberează bilet de trimitere pentru internare în instituția medicală conform diagnosticului stabilit, cu înregistrarea datelor în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

78. La constatarea necesității efectuării consultațiilor altor specialiști de profil și/sau investigațiilor de înaltă performanță, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare de nivel terțiar pentru cazul respectiv de boală, specialistul de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar asigură consultația și/sau investigația necesară în baza înscrierii respective în documentația medicală primară sau biletului de trimitere (formular 027/e), cu înregistrarea datelor în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară, organizînd la necesitate programarea pentru consultația și/sau investigația necesară.

79. În cazul cînd, pacientul fiind trimis din teritoriu la consultația medicului specialist de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar, se constată necesitatea spitalizării în instituție de nivel terțiar, acesta asigură spitalizarea sau, după caz, programarea internării, în baza înscrierii respective în documentația medicală primară sau biletului de trimitere (formular 027/e), cu înregistrarea datelor în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

80. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și manoperelor medicale specifice, inclusiv serviciilor medicale de înaltă performanță, se efectuează în baza biletului de trimitere, emis de către medicul specialist de profil, conform indicațiilor medicale, cu înregistrarea datelor în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

81. Instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/terțiare și informează instituția medico-sanitară teritorială despre rezultatele examinărilor efectuate, completînd extrasul (formular 027/e) cu indicarea detaliată a tuturor datelor despre rezultatele consultațiilor și investigațiilor efectuate, despre diagnosticul stabilit și recomandările de tratament în continuare, cu înregistrarea datelor în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară.

82. Organizarea consultului persoanelor asigurate de către colaboratorii catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, care activează în cadrul secțiilor consultative/policlinicilor instituțiilor medico-sanitare, se realizează în conformitate cu mecanismul expus la capitolul dat.

Serviciile de reabilitare persoanelor slab văzătoare sînt prestate la

trimiterea medicului de familie, medicului oftalmolog, inclusiv la prezentare directă.

83. Se interzice solicitarea și/sau aplicarea pe biletul de trimitere la consultații, investigații, internare programată în cadrul instituțiilor medico-sanitare a altor semnături și parafe decât cele indicate pe formular, respectiv: parafa cu antetul instituției medico-sanitare, semnătura și parafa personală a medicului și a instituției medico-sanitare.

84. Consultațiile, investigațiile de laborator și instrumentale, inclusiv trimerile, se înregistrează în documentația de evidență statistică medicală și/sau în fișa medicală electronică în cadrul Sistemului Informațional Automatizat Asistența Medicală Primară și documentația de evidență statistică medicală primară electronică.

Asistența medicală stomatologică

85. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice, Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Pentru realizarea volumului de asistență medicală stomatologică, conducătorul instituției respective asigură condițiile necesare prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale;
- b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;
- c) organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale a copiilor din grădinițe, instituțiile de învățământ secundar general și profesional;
- d) asigurarea asistenței medicale stomatologice de urgență și consultațiilor profilactice tuturor persoanelor asigurate cu examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena și profilaxia bolilor cavității bucale;
- e) asigurarea în volum deplin a asistenței medicale stomatologice copiilor cu vârsta de pînă la 12 ani, cu excepția protezării și restaurării dentare, în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății;
- f) organizarea consultațiilor profilactice a copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani și gravidelor, care include: examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena cavității bucale; periajul dentar; detartrajul dentar; aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.); extracții dentare; sigilarea fisurilor; obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei;
- g) monitorizarea situației privind prestarea serviciilor de asistență medicală stomatologică și întreprinderea măsurilor ce se impun pentru realizare;
- h) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

Asistența medicală spitalicească

86. Asistența medicală spitalicească se acorda persoanelor asigurate în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic de către instituțiile medico-sanitare spitalicești, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

87. Conducătorul instituției medico-sanitare spitalicești asigură acordarea asistenței respective în volumul stabilit de Programul unic prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale și echipamentul respectiv;
- b) dotarea corespunzătoare a instituției cu medicamente și consumabile necesare, incluse în formularul farmacoterapeutic al instituției medico-sanitare;
- c) condiții necesare pentru supravegherea pacienților în secția de internare/unitatea de primire urgentă;
- d) asigurarea asistenței medicale conform standardelor medicale și protocoalelor clinice naționale și instituționale;
- e) asigurarea alimentației, conform normativelor alimentare aprobate pentru afecțiunea respectivă;
- f) asigurarea condițiilor hoteliere în corespundere cu normele sanitare în vigoare;
- g) organizarea efectuării în volum deplin a manoperelor medicale specifice, investigațiilor instrumentale și de laborator, consultațiilor specialiștilor, conform indicațiilor medicale prescrise de medicul curant, medicii consultanți și/sau Consiliul Medical pentru maladia de bază, precum și pentru maladiile concomitente stabilite și care influențează rezolvarea cazului;
- h) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

88. Trimiterea pentru internare în instituțiile medico-sanitare de toate nivelurile a persoanelor ce necesită asistență spitalicească se efectuează în funcție de starea sănătății pacientului și/sau influența maladiei asupra sănătății publice a populației, inclusiv în funcție de capacitățile instituției medico-sanitare, nivelul de competențe și dotare, reieșind din principiile de competitivitate bazate pe etapizarea, calitatea și complexitatea serviciilor medicale prestate, în conformitate cu actele normative aprobate.

89. Cazul tratat este un serviciu medical spitalicesc, exprimat prin cazul rezolvat, care cuprinde: spitalizarea pacientului conform criteriilor stabilite în Programul unic, asigurarea condițiilor hoteliere și alimentația conform normelor alimentare aprobate, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului conform standardelor medicale de diagnostic și tratament, protocoalele clinice instituționale sau naționale și finalizat cu externare (cu excepția decesului), după argumentarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a stabilizării, ameliorării

stării cu prescrierea recomandărilor concrete pentru etapa următoare.

90. Internarea de urgență în spital se efectuează necondiționat, indiferent de statutul persoanei asigurat/neasigurat și prezența/absența poliței de asigurare:

a) cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie;

b) cu bilet de trimitere eliberat de medicul specialist de profil;

c) la trimiterea serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, inclusiv spitalizarea, prin intermediul serviciului „AVIASAN”, a pacienților cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare terțiare/municipale, la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale, în cazurile când volumul și gradul de complexitate a asistenței medicale depășește posibilitățile instituției medico-sanitare respective;

d) fără bilet de trimitere, la prezentarea directă a pacientului în cazuri urgente, confirmate și documentate de către personalul medical al secției de internare/unității de primire urgentă.

91. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (sarcina extrauterină, avort spontan, naștere) se efectuează necondiționat (indiferent de statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat)).

92. Dacă femeia gravidă nu are statut de persoană asigurată în sistemul AOAM, instituția medicală spitalicească eliberează un certificat care atestă stările menționate pentru a fi prezentat instituțiilor medicale primare cu scop de evidență și prezentare ulterioară agențiilor/reprezentanțelor teritoriale ale CNAM în vederea modificării, după caz, a statutului asigurat/neasigurat. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii urgenței obstetricale, care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, parturienței și lăuziei, după caz). În cazul în care Agenția/reprezentantul teritorial al CNAM, în temeiul actelor normative în vigoare, nu va elibera/activa polița de asigurare pentru gravida care face parte din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și nu a achitat prima, instituția medicală va iniția procedura de încasare de la persoana neasigurată a plăților pentru serviciile medicale acordate.

93. Spitalizarea prin serviciul AVIASAN a persoanelor asigurate cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar se face la cererea instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale/terțiare, în cazul indicațiilor medicale pentru asistență medicală la nivelul respectiv sau când instituția medico-sanitară raională/municipală/terțiară nu dispune de echipamentul și tehnologiile medicale necesare.

94. Internarea programată se efectuează după cum urmează:

a) în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care este înregistrat pacientul respectiv sau de către medicul specialist de profil pentru maladiile stipulate în anexa nr.2 al Programului unic;

b) în spitalele de nivel terțiar - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, coordonată cu spitalul respectiv, sau a medicului de familie din unitățile teritorial administrative unde lipsește medicul specialist

respectiv;

c) în cazul maladiilor oncologice primar depistate, inclusiv spitalizarea repetată pentru prelungirea tratamentului complex - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie/medicul specialist de profil sau programării de către spitalul de nivel terțiar (în acest caz nu este necesar biletul de trimitere de la medicul de familie/specialistul de profil), conform schemelor de tratament;

d) în instituțiile spitalicești specializate pacienții cu tuberculoză se internează în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie/medicul specialist de profil;

e) pacienții tematici se internează în spitalele de nivel terțiar și de nivel secundar (municipale) în modul stabilit de actele normative în vigoare;

f) în instituțiile departamentale și private în baza biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie/specialist de profil, care activează în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

95. Femeile gravide sunt spitalizate pentru naștere în instituția medico-sanitară solicitată, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor, când, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale.

96. La adresarea directă pentru internare în instituțiile medicale spitalicești fără programare, în cazurile nerespectării prevederilor pct.94, cheltuielile sunt achitate de către pacient, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală.

97. La indicații medicale și sociale, stabilite de Comisia Medicală Consultativă (Ordinul nr.647 din 21.09.2010), femeilor gravide li se asigură internarea pentru întreruperea sarcinii, cu respectarea mecanismului stabilit la pct.92.

98. Mamele (îngrijitorii) sunt spitalizate pentru îngrijirea copilului cu vîrsta sub 3 ani și/sau în cazurile justificate din punct de vedere medical. Cheltuielile hoteliere și de alimentare pentru mamă sunt suportate de instituția medico-sanitară respectivă din costul cazului tratat.

99. Pacienții afectați de maladiile incluse în Lista maladiilor social - condiționate cu impact major asupra sănătății publice, tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar, din pct.5 la prezentele Norme metodologice sunt spitalizați atît la trimiterea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, cît și în cazul adresării directe a pacientului.

100. În cazul, cînd persoana asigurată, consultată de medicul specialist de profil în instituția medico-sanitară de nivel terțiar, necesită internare în secțiile spitalicești ale instituției respective, la prezența locurilor vacante la zi, pacientul se internează în aceeași zi, cu bilet de trimitere (formular 027/e) eliberat de medicul specialist de profil responsabil de pacienții din ambulator, coordonat cu șeful subdiviziunii respective.

101. Dacă medicul specialist de profil al instituției medico-sanitare de nivel terțiar, în urma examinării persoanei asigurate trimisă pentru consultație/investigație în modul stabilit, constată stare de urgență, aceasta este

internată în instituția medico-sanitară de nivel terțiar conform indicațiilor pentru cazurile de urgență.

102. Instituțiile medico-sanitare spitalicești duc evidența serviciilor medicale prestate pacienților (persoanelor asigurate și neasigurate separat) trimiși de instituțiile medico-sanitare teritoriale și informează instituția medico-sanitară teritorială prin extras din fișa medicală de staționar (formular 027/e) completat conform cerințelor formularului.

103. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și a manoperelor medicale specifice, se efectuează pacienților internați, în volum deplin, conform protocoalelor clinice naționale și standardelor medicale în vigoare.

104. În cazul, când instituția medico-sanitară spitalicească nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) în volum deplin, efectuarea lor se asigură în temeiul contractelor bilaterale cu alte instituții medico-sanitare, inclusiv cu Centrele de Sănătate Publică.

105. În perioada de noapte, secțiile de internare/unitățile de primire urgentă ale spitalelor asigură pînă în dimineața zilei următoare supravegherea persoanelor (pacienților) transportate de ambulanță sau care s-au adresat direct în orele tîrzii ale serii după ajutor medical, dar care, conform indicațiilor medicale, nu necesită spitalizare și urmează a fi tratate în condiții de ambulator.

106. Cheltuielile respective vor fi acoperite din contul mijloacelor alocate secțiilor de internare/unităților de primire urgentă, conform prevederilor din Capitolul IV al prezentelor Norme metodologice.

107. În cazul când bolnavii internați necesită transferare programată pentru continuarea tratamentului spitalicesc în spitalele de profil, inclusiv pentru pacienții cu maladii psihiatrice, narcologice și tuberculoză, instituția organizează transportarea acestora cu transportul sanitar propriu, cu excepția stărilor de urgență specificate la pct.21 al prezentelor Norme, după coordonarea prealabilă de către ei a internării cu spitalele de profil respective. Se interzice externarea la domiciliu a pacienților cu tuberculoză ce necesită transfer în instituția medico-sanitară de profil.

Servicii medicale de înalta performanță

108. Serviciile medicale de înaltă performanță în volumul și pe tipurile, specificate în anexa nr.5 al Programului unic se acordă persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate pentru prestarea acestui tip de servicii de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

109. Instituțiile medico-sanitare respective, informează instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial și național, inclusiv Centrele de Sănătate autonome pentru investigațiile de înaltă performanță cu drept de efectuare la trimiterea medicului de familie, precum și Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, despre numărul investigațiilor garantate fiecărui teritoriu sau instituții de nivel național, tinând cont de numărul

populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției, etc.

110. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil încadrat în SAOAM, în limita cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată. Serviciile medicale, notificate cu asterisc în anexa nr.5 al Programului unic, pot fi efectuate inclusiv la trimiterea medicului de familie, în baza biletului de trimitere completat de acesta.

111. În cazul când în rezultatul investigației efectuate apar indicații pentru efectuarea unei alte investigații, aceasta poate fi indicată de către medicul specialist care a efectuat prima investigație, prin argumentarea necesității acesteia în Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță (F 1-19/r), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.10/08-A din 14.01.2013, în compartimentul „Diagnosticul la trimitere”.

112. Instituțiile medico-sanitare, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înalta performanță, duc evidența serviciilor respective efectuate pentru fiecare teritoriu în parte și în cazul când unele instituții teritoriale nu solicită numărul programat de investigații, asigură redistribuirea proporțională a serviciilor programate, care au rămas în surplus.

113. Serviciile medicale de înaltă performanță, necesare pentru rezolvarea, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare, a cazurilor de boală la pacienții internați în secțiile spitalicești, se acordă de către instituțiile medico-sanitare, prestatoare de servicii medicale de înaltă performanță, în bază de contract încheiat între acestea și instituția spitalicească respectivă.

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

114. Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, la care au dreptul persoanele asigurate, sunt acordate de către prestatorii autorizați conform actelor normative în vigoare, care sunt contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în condițiile prevăzute de prezentele Norme metodologice.

115. Prestatorul efectuează îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor cu maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară, inclusiv îngrijiri paliative, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile când îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

Evidența serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se efectuează în fișa medicală de ambulator a pacientului (F – 025 e) și/sau dosarul de îngrijire a beneficiarului, la care se anexează Fișa de evaluare a pacientului și Fișa de evidență a intervențiilor medicale de bază pentru îngrijirile la medicale la domiciliu de model aprobat.

116. Prestatorii efectuează îngrijiri paliative la domiciliu persoanelor cu maladii incurabile, în stadii terminale, conform recomandării medicului de

familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile când îngrijirile paliative la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

117. Prestatorii asigură acordarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, în modul și volumul stabilit de actele normative în vigoare. Asigurarea cu medicamente, dispozitive medicale (consumabile, inclusiv colectoare pentru stome), necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății, se realizează de către prestatorii, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Reglementări comune de caracter special

118. Pentru localitățile rurale, cu acces geografic limitat la instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară, asistență medicală specializată de ambulator din teritoriul său de deservire, asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală specializată de ambulator poate fi organizată în cadrul unei instituții medico-sanitare din alt teritoriu, situată mai favorabil din punct de vedere geografic și contractată de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor respective populației din localitățile date.

119. Organizarea asistenței medicale în cadrul instituției medico-sanitare din alt teritoriu, în astfel de cazuri se efectuează prin coordonare bilaterală cu instituțiile medico-sanitare din teritoriile respective.

120. Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală primară, asistență medicală urgentă prespitalicească, specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu, Compania Națională de Asigurări în Medicină va efectua modificarea contractului de prestare a serviciilor medicale la compartimentul dat, ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.

121. De asemenea, prestarea serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicească, specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu poate fi efectuată de instituția amplasată geografic mai accesibil în baza contractului bilateral, încheiat între instituții.

122. Prestarea serviciilor spitalicești pentru persoanele asigurate se efectuează în baza liberei alegeri a spitalului de același nivel pentru internările programate în cadrul zonelor stabilite conform actelor normative în vigoare. Internarea programată se va efectua în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care este înregistrat pacientul sau de către medicul specialist de profil pentru pacienții cu maladiile stipulate în anexa nr.2 la Programul unic.

123. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în punctele 120 și 121 a fost încheiat un contract de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau un contract bilateral între instituții, beneficiază de servicii medicale respective în volumul stabilit de

Programul unic. In toate aceste cazuri, trimiterea la consultații sau internare în instituția altui teritoriu se va efectua de către medicul de familie, care deservește localitatea dată, în baza biletului de trimitere (formular 027/e), completat conform cerințelor stabilite la pct.51 al prezentelor Norme metodologice.

124. În toate cazurile menționate, asistența medicală primară se va acorda populației din localitățile date în cadrul instituției medicale primare, care deservește populația dată, în volum stabilit pentru nivelul Centrului de Sănătate respectiv. Concomitent, instituțiile medico-sanitare de asistență medicală spitalicească și asistență medicală specializată de ambulator de nivel teritorial (raion sau municipiu) vor asigura prestarea serviciilor medicale (investigații de laborator și instrumentale) pentru instituția medico-sanitară primară, care nu dispune de serviciile respective, în temeiul contractului bilateral încheiat.

125. Serviciile medicale regionalizate vor fi prestate de către instituțiile medico-sanitare spitalicești prestatoare a serviciilor respective persoanelor asigurate din teritoriile arondate către acestea, Compania Națională de Asigurări în Medicină asigurând contractarea serviciilor respective în modul stabilit.

126. Deficiențele înregistrate în organizarea trimiterii persoanelor asigurate la instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial sau terțiar cât și privind volumul investigațiilor efectuate la nivelul (etapa) precedent(ă), se semnaleză de către instituția respectivă cu atenționarea instituției medico-sanitare care a îndreptat pacientul și informarea Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru întreprinderea măsurilor ce se impun.

127. La constatarea permanentă a deficiențelor respective, documentate cu dovezi argumentate privind cheltuielile suplimentare, suportate de către instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial sau terțiar din cauza prestării sub nivelul necesar și volumul stabilit a serviciilor medicale acordate pacienților trimiși de către instituțiile medico-sanitare de la etapa precedentă, se va lua decizia de restituire a cheltuielilor respective în baza facturilor prezentate, în temeiul acordului semnat de ambele instituții, iar în caz de conflict, - după coordonare cu Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

128. Instituțiile medico-sanitare, prestatoare de servicii medicale vor realiza măsuri de prevenire și înlăturare a fenomenelor de polipragmazie, în vederea neadmiterii cheltuielilor nejustificate a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Capitolul III. Investigațiile paraclinice

129. Investigațiile paraclinice, de care beneficiază populația în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se specifică conform nivelului la care se prestează după cum urmează:

- a) investigațiile paraclinice efectuate la trimiterea medicului de familie;
- b) investigațiile paraclinice efectuate la trimiterea medicului specialist de profil;
- c) serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice;

d) serviciile medicale de înaltă performanță.

130. Serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie se acordă conform indicațiilor medicale, indiferent de statutul persoanei în sistemul AOAM (atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate) și sînt specificate în compartimentul I al anexei nr.4 al Programului unic.

131. Serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului specialist de profil specificate în compartimentul II al anexei nr.4 al Programului unic se efectuează persoanelor asigurate (iar persoanelor neasigurate – în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar incluse în Lista din pct.5 la prezentele Norme metodologice), în cazul cînd pacientul se prezintă la acesta pentru asistență medicală în conformitate cu prezentele Norme metodologice.

132. În cazul investigațiilor de radiodiagnostic, numărul de incidente, volumul necesar al investigației și investigațiile necesare pentru stabilirea diagnosticului imagistic se stabilesc în final de medicul imagist radiolog.

133. Serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice de care beneficiază populația în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală la trimiterea medicului de familie și medicului specialist de profil, specificate în compartimentul III din anexa nr.4 al Programului unic, se acordă respectiv:

a) în Centrele de sănătate din localitățile rurale la prescrierea medicului de familie;

b) în IMSP raionale și municipale la prescrierea specialistului în fizioterapie și kinetoterapie sau medicului specialist de profil și medicului de familie.

Capitolul IV. Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale

A. Particularitățile contractării pe tipuri de asistență medicală

134. Pentru anul 2015 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- b) asistența medicală primară;
- c) asistența medicală specializată de ambulator;
- d) asistența medicală spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu.

135. Pentru contractarea serviciilor medicale vor fi utilizate următoarele metode de plată a prestatorilor de servicii medicale:

- per capita;
- per serviciu;
- per caz tratat;
- per zi-pat;
- per vizită;

- buget global;
- plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat;
- bonificația pentru indicatori de performanță.

136. În cadrul procesului de contractare se va ține cont de fluxul real format al pacienților asigurați și de realizarea treptată a echității în distribuirea resurselor financiare.

137. Plafoanele de cheltuieli pentru fiecare tip de asistență medicală sunt stabilite în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2015, după cum urmează:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească – 404 500,0 mii lei;
- b) asistența medicală primară – 1 580 000,0 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 335 000,0 mii lei;
- c) asistența medicală specializată de ambulator – 360 000,0 mii lei;
- d) asistența medicală spitalicească – 2 387 078,0 mii lei;
- e) servicii medicale de înaltă performanță – 160 000,0 mii lei;
- f) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 8 000,0 mii lei.

138. În cazul depășirii sumei semestriale planificate (sumei de referință) pe țară pentru compensarea medicamentelor, această depășire va fi reținută proporțional din contul instituțiilor medico-sanitare, care au depășit suma-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate, inclusiv a instituțiilor medico-sanitare spitalicești la depășirea sumei planificate pentru medicamentele psihotrope, anticonvulsivante și antidiabetice injectabile (insuline).

Asistența medicală urgentă prespitalicească

139. Metodele de plată în asistența medicală urgentă prespitalicească sunt:

- a) plata „per capita”;
- b) bonificația pentru indicatori de performanță.

140. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul de persoane identic celor înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a instituției de asistență medicală urgentă prespitalicească la 21 noiembrie 2014.

141. Ca temei pentru achitarea bonificației se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori de performanță:

a) **Indicatorul 1:** *Lipsa divergențelor între diagnosticul serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit.*

Criteriul de îndeplinire – rata coincidenței diagnosticului serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit nu mai mică de 85% cu condiția prezentării a cel puțin 90% cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (formular 144/e) care au solicitat asistență medicală de urgență (pentru persoanele care nu au fost spitalizate servește diagnosticul din secția de internare).

b) **Indicatorul 2:** *Asigurarea stației zonale cu medici.*

Criteriul de îndeplinire – asigurarea stației zonale cu medici (2,5 unități ocupate la 10 000 populație totală a teritoriului deservit).

142. Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanță se face trimestrial. Evidența indicatorilor nu este cumulativă.

143. Tariful „*per capita*” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 101,40 lei. Suma anuală constituie 357 544,5 mii lei.

Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 5-12 este de 6,31 lei. Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 22 249,6 mii.lei.

Suma anuală destinată contractării după metoda „*per capita*” constituie 379 794,1 mii.lei.

144. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță este de 22 769,1 mii lei, inclusiv pentru:

- indicatorul 1 – 18 288,8 mii lei

- indicatorul 2 – 4 480,3 mii lei.

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 1 936,8 mii.lei, inclusiv pentru:

- indicatorul 1 – 1 555,7 mii lei

- indicatorul 2 – 381,1 mii lei.

Suma anuală destinată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță constituie 24 705,9 mii.lei.

Asistența medicală primară

145. Instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală vor fi contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în baza criteriilor stipulate în prezentele Norme metodologice.

146. Filialele instituțiilor medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală vor avea cod propriu (cu includerea acestora în nomenclator).

147. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

1) plata „*per capita*”;

2) bonificație pentru indicatori de performanță;

3) plata prin buget global (pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală).

148. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” la data de 21 noiembrie 2014, ajustat la risc de vîrstă conform următoarelor grupuri :

1) de la 0 - pînă la 4 ani 11 luni 29 zile

2) de la 5 - pînă la 49 ani 11 luni 29 zile

3) de la 50 ani și peste.

149. Ca temei pentru achitarea bonificației pentru performanță se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori:

Indicatori de proces/„per serviciu”

Indicator I. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor: - cardiovasculare

1) numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

2) numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 ani, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, ACV) cărora li s-a apreciat indicele SCORE. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

3) numărul persoanelor primar depistate cu hipertensiune arterială instruite conform programului „Școala pacientului hipertensiv”. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

- diabetul zaharat

4) numărul persoanelor peste 40 ani și din grupul de risc investigate la glicemie. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

5) numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidență și primesc tratament conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

6) numărul persoanelor primar depistate cu diabet zaharat instruite conform programului „Școala pacientului cu diabet zaharat”. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

- oncologice;

7) numărul femeilor de vârsta 25 – 61 ani care au efectuat o dată la 3 ani testul citologic Babeș - Papanicolau. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

8) numărul femeilor, depistate cu patologie în baza testului citologic Babeș - Papanicolau, care au fost referite și investigate prin colposcopie/consultate de către medicul oncolog-ginecolog din Institutul Oncologic. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

9) numărul femeilor peste 18 ani și din grupul de risc care au fost examinate anual prin palparea glandei mamare și au fost instruite în efectuarea autocontrolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

10) numărul femeilor, inclusiv din grupul de risc, cu patologie suspectată în baza palpării glandei mamare, care au fost referite și investigate prin mamografie/USG. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

11) numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în trimestrul de raportare: forme vizuale - st.I, formele nevizuale - st.I-II. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

- tuberculoză

12) numărul persoanelor investigate la tuberculoză. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

13) numărul persoanelor luate la evidență primar cu tuberculoză. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

14) numărul de cazuri finalizate de tratament a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator conform standardelor DOTS. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

Indicator II. Supravegherea gravidei:

15) numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație pînă la 12 săptămîni. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

16) numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic, cu prescrierea rețetei compensate, în primul trimestru al sarcinii. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

17) numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor de fier, cu prescrierea rețetei compensate, în primul trimestru al sarcinii. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

18) numărul gravidelor investigate prin examen ultrasonor în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare persoana prezentată în trimestrul de raportare;

19) numărul gravidelor investigate prin RMP (MRS) în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

20) numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul de familie în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

21) numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul obstetrician-ginecolog în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

Indicator III. Supravegherea copilului primului an de viață:

22) numărul copiilor, care au efectuat vizite la medicul de familie în termenele stabilite de actele normative în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

23) numărul copiilor cărora li s-a indicat administrarea profilactică a vitaminei D, cu prescrierea rețetei compensate. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

24) numărul copiilor, care au efectuat vizitele la medicii specialiști de profil în termenele stabilite de actele normative în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

25) numărul copiilor, care au efectuat investigațiile (*analiza generală a sîngelui, analiza generală a urinei*) în termenele stabilite de actele normative în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare;

26) numărul copiilor, care au realizat programul de vaccinare pentru vîrsta de un an. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare persoană prezentată în trimestrul de raportare.

Indicatori de rezultat

1) Rata adulților cu hipertensiune arterială a căror tensiune arterială este sub control în anul de raportare constituie 25% din numărul total a adulților cu hipertensiune arterială.

2) Rata persoanelor din grupurile țintă cărora li s-a efectuat testul citologic Babeș-Papanicolau în anul de raportare constituie 85% din numărul total a femeilor planificate pentru testul citologic Babeș-Papanicolau în anul 2015.

3) Rata gravidelor supravegheate de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total a gravidelor la care sarcina s-a finalizat cu nașterea în anul 2015.

4) Rata copiilor supravegheați de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total a copiilor care au împlinit 12 luni în anul 2015.

Notă. Plata indicatorilor de rezultat se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

150. Sumele contractuale destinate pentru asistența medicală primară se formează din:

- a) suma alocată *per capita* în dependență de următoarele categorii de vîrstă:
 - de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile – 391,92 lei
 - de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile – 230,52 lei
 - de la 50 ani și peste – 345,80 lei.

Suma totală destinată finanțării *per capita* constituie 957 099,5 mii lei.

Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 5-12 în dependență de următoarele categorii de vîrstă este:

- de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile – 35,19 lei
- de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile – 20,70 lei
- de la 50 ani și peste – 31,05 lei.

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 85 942,3 mii.lei.

Suma anuală destinată contractării după metoda „*per capita*” constituie 1 043 041,8 mii.lei.

b) suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță în quantum anual de 164 946,9 mii lei;

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 15 172,0 mii.lei. Suma estimativă anuală destinată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță constituie 180 118,9 mii lei.

c) suma de 335 000,0 mii lei, alocată pentru compensarea costului medicamentelor prescrise persoanelor (asigurate și neasigurate) de către instituțiile medico-sanitare în limitele stabilite la pct.156;

d) suma de 7 635,0 mii lei alocată prin buget global pentru Centrele de sănătate prietenoase tinerilor;

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 2 203,0 mii.lei. Suma anuală destinată pentru Centrele de sănătate prietenoase tinerilor constituie 9 838,0 mii lei.

e) suma de 8 238,6 mii lei alocată prin buget global pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală;

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 2 000,1 mii.lei. Suma anuală destinată pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală constituie 10 238,7 mii lei.

f) suma de 1 686,3 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărîrea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.

Suma de suplimentare pentru lunile 5-12 constituie 76,3 mii.lei. Suma anuală alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărîrea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003 constituie 1 762,6 mii lei.

151. Raportarea către CNAM a îndeplinirii indicatorilor de performanță în asistența medicală primară se efectuează trimestrial, inclusiv în formă electronică, în SIA AMP.

152. Volumul bonificației se estimează trimestrial în dependență de numărul de puncte acumulate de instituția medico-sanitară și valoarea calculată a unui punct.

153. Valoarea unui punct se calculează trimestrial prin raportarea $\frac{1}{4}$ parte a quantumului anual pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță (p.150 b)) la numărul total de puncte acumulate și raportate de prestatorii de AMP pentru trimestrul respectiv.

154. Criteriile de îndeplinire și modul de evaluare a indicatorilor de performanță se efectuează în modul stabilit de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

155. Volumul bonificației pentru performanță se estimează trimestrial pentru îndeplinirea indicatorilor de proces/„per serviciu” și anual pentru

indicatorii de rezultat, în modul stabilit de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

156. Suma-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate se calculează în modul următor:

a) pentru instituțiile medico-sanitare primare - în conformitate cu punctele acumulate în dependență de numărul populației asigurate, cu ajustare la numărul de bolnavi asigurați cu HTA, glaucom, astm bronșic, tireotoxicoză, gravide, diabet zaharat tip II insulinoindendenți, copiii 0-5 ani. Suma totală constituie 274 481,0 mii lei. Valoarea unui punct constituie 4,34 lei*.

Instituția va acumula:

- pentru fiecare persoană asigurată înregistrată în „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” - 1 punct;

- pentru fiecare copil 0-5 ani înregistrat în „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” – 44,55 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu HTA (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 43,41 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu glaucom (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 183,16 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu astm bronșic (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 102,29 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu tireotoxicoză (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 70,19 puncte;

- pentru o gravidă (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 26,07 puncte;

- pentru o persoană (asigurată și neasigurată) cu diabet zaharat tip II insulinoindendenți (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 123,56 puncte;

**Suma-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate (excepție antidiabetice injectabile insuline, psihotrope, anticonvulsivante) pentru instituțiile medico-sanitare a fost recalculată în raport cu cota de majorare a fiecărei instituții din suma totală nou aprobată pentru medicamente compensate pe anul 2015. Astfel, datele privind valoarea punctelor și numărul punctelor pentru o persoană asigurată nu au fost supuse recalculului.*

b) pentru medicamente compensate psihotrope și anticonvulsivante se calculează în conformitate cu numărul de persoane (asigurate și neasigurate) cu schizofrenie și epilepsie conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate și constituie 24 485,3 mii lei;

c) pentru medicamente compensate - antidiabetice injectabile (insuline) se calculează în conformitate cu numărul de persoane (asigurate și neasigurate) cu diabet zaharat tip I insulinodependent conform datelor Centrului Național de

Management în Sănătate și constituie 36 033,7 mii lei.

157. Stabilirea modului de calcul a sumei limită pentru prescrierea preparatelor antidiabetice injectabile (insuline), anticonvulsivante, preparatelor psihotrope pentru instituțiile medicale:

a) Suma limită calculată pentru prescrierea medicamentelor compensate pentru instituțiile medicale care se află în orașe (fostele CMF raionale) conține suma limită redistribuită de la Spitale raionale pentru prescrierea medicamentelor compensate populației din teritoriul întregului raion pentru preparatele antidiabetice injectabile (insuline), anticonvulsivante, preparatele psihotrope;

b) la calcularea sumei limită pentru prescrierea medicamentelor compensate pentru Centrele de Sănătate dislocate în sectorul rural nu au fost planificate cheltuieli pentru preparatele sus menționate. Astfel, sumele destinate prescrierii preparatelor antidiabetice injectabile (insuline), anticonvulsivante, preparatelor psihotrope, se alocă pentru asigurarea numărului de pacienți pentru întregul raion și sunt gestionate în teritoriul de către conducerea Centrelor de Sănătate foste raionale unde au fost stabilite, Spitalelor raionale și Centrelor de Sănătate dislocate în sectorul rural. Totodată, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală asigură prescrierea medicamentelor menționate populației întregului raion, nu doar a orașului din gestiune;

c) în cazul mun.Chișinău, sumele destinate prescrierii preparatelor antidiabetice injectabile (insuline), anticonvulsivante, preparatelor psihotrope se atribuie la Asociațiile Medicale Teritoriale (AMT Centru, AMT Botanica, AMT Buiucani, AMT Rîșcani, AMT Ciocana) pentru asigurarea numărului de pacienți pentru întregul raion și sunt gestionate către conducerea Asociațiilor Medicale Teritoriale și Centrelor de Sănătate conform principiului teritorial.

Asistența medicală specializată de ambulator

158. Asistența medicală specializată de ambulator include:

a) asistența medicilor specialiști de profil;

b) asistența medicală stomatologică.

158. Asistența medicală stomatologică se împarte în:

- asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău;

- asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale.

159. Metodele de plată a asistenței medicale specializate de ambulator sunt:

1) Pentru asistența medicilor specialiști de profil:

- „per capita”;

- „per caz tratat”;

- „per vizita”

- „buget global”;

- „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat”.

2) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău:

- „*per capita*”;
- „*buget global*”.

3) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, raionale și din UTA Găgăuzia:

- „*per capita*”.

160. La estimarea volumului contractual de servicii medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator va fi luat în calcul numărul de persoane asigurate identic celor înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a instituției de asistență medicală specializată de ambulator la 21 noiembrie 2014.

161. Pentru prestatorii care oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilesc în baza tarifului „*per capita*”, achitat în limita sumei anuale de 221 276,3 mii lei în mărime de:

- 90,96 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău (suma alocată nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global). Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 6-12 este de 7,88 lei.

- 99,96 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți. Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 6-12 este de 8,66 lei.

- 91,56 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia. Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 6-12 este de 7,93 lei.

Suma de suplimentare pentru lunile 6-12 constituie 19 166,3 mii. lei.

Suma anuală destinată contractării după metoda „*per capita*” constituie 240 442,6 mii. lei.

162. Finanțarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este efectuată prin următoarele metode:

a) plata prin „*buget global*” - instituțiile medico-sanitare republicane; Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova; Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău; Centrul Național de Sănătate Mintală; Serviciul Ambulator de Traumatologie și Ortopedie și Centrul Național de Epileptologie din cadrul Institutului de Medicină Urgentă; laboratorul național de referință a Institutului de ftziopneumologie „Chiril Draganiuc”; laboratorul de referință al Spitalului Clinic Municipal Bălți; secția consultativă a Spitalului Clinic Municipal nr.1; pentru acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză în conformitate cu prevederile legislației.

b) plata per „*caz tratat*” - pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată de centrele de reabilitare a bolnavilor de narcomanie;

c) plata per „*vizita*” - pentru tratamentul de substituție cu clorură de metadonă pentru utilizatorii de droguri injectabili în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală a Dispensarului Republican de Narcologie;

d) plata „retrospectivă per serviciu” în limitele bugetului contractat - pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator a bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis.

Finanțarea prestatorilor menționați mai sus este stabilită în limita sumei anuale de 64 387,6 mii lei. Suma de suplimentare pentru lunile 6-12 este de 7 635,2 mii lei. Suma anuală constituie 72 022,8 mii lei.

163. Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 47 534,6 mii lei, inclusiv:

a) finanțarea prin „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 10 135,8 mii lei. Suma de suplimentare pentru lunile 6-12 constituie 950,7 mii lei. Suma anuală destinată contractării după metoda „*buget global*” constituie 11 086,5 mii lei.

b) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău la tariful de 8,32 lei. Suma pe an constituie 5 507,7 mii lei. Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 6-12 este de 0,78 lei.

Notă: Ținând cont de specificul structurii asistenței medicale stomatologice din mun. Chișinău, suma alocată „per capita” nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global.

c) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, IMS raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale la tariful „*per capita*” – 15,80 lei. Suma pe an constituie 27 774,6 mii lei. Suplimentarea tarifului „*per capita*” pentru lunile 6-12 este de 1,48 lei.

Suma anuală destinată contractării după metoda „*per capita*” constituie 36 400,3 mii lei

d) suma de 47,7 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.

Suma de suplimentare pentru lunile 6-12 constituie 125,12 lei. Suma anuală alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003 constituie 47,8 mii lei.

Asistența medicală spitalicească

164. Unitatea de măsură a activității spitalicești de scurtă durată este *Cazul Tratat*. Cazurile tratate pot fi acute și cronice. Cazurile tratate acute urmează a fi prestate în cadrul programelor prevăzute de contract, care pot fi:

- a) program general;
- b) program special ”Tratament operator pentru cataractă”;
- c) program special ”Protezare șold și genunchi”;
- d) program special ”Cardiologie intervențională”;
- e) program special ”Protezări vasculare”;
- f) program special ”Chirurgie endovasculară”;

g) program special ”Cardiochirurgie”;

h) program special ”Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”.

Cazurile tratate cronice sunt cazurile prestate pe profilele: geriatrie reabilitare și îngrijiri paliative.

165. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

a) plata pe „*caz tratat*” în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) - pentru cazurile tratate acute;

b) plata pe „*caz tratat*” - pentru cazurile tratate cronice (geriatrie și reabilitare), transplantul de rinichi și ficat;

c) plata pe „*zi-pat*”:

- pentru asistența medicală pe profilul „*ftiziatrie*”;

- pentru îngrijirile medicale paliative prestate în condiții de spital/hospice.

d) plata pe „*buget global*”:

- pentru volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați în secția de internare care ulterior nu au fost spitalizați;

- pentru serviciile prestate în departamentele de medicină urgentă, unitățile de primire urgentă specializată și unitățile primire urgentă din cadrul instituțiilor medicale spitalicești;

- pentru secțiile dializă;

- pentru asistența medicală pe profilurile psihiatrie și narcologie, inclusiv prestate în cadrul spitalelor raionale, precum și pentru tratamentul prin constrângere (după precizarea diagnosticului), narcologie și psihiatrie concomitent cu ftiziatrie;

- serviciul „Aviasan” (asistență prestată cu utilizarea mijloacelor de transport terestre și aeroambulantei);

- pentru medicamente costisitoare;

e) plata „*retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat*”:

- pentru cheltuielile de transport public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei;

- pentru consumabile costisitoare în cadrul programelor speciale: ”Tratament operator pentru cataractă”, ”Protezare șold și genunchi”, ”Protezări vasculare”, ”Chirurgie endovasculară”, ”Cardiochirurgie”, ”Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”.

166. Pentru spitalele rambursate în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX) în contract se specifică numărul limită de cazuri acute care pot fi prestate, tariful de bază și suma contractuală.

167. Procedeele de colectare, raportare a datelor la nivel de pacient și rambursare în funcție de complexitatea cazurilor se stipulează în Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat de MS și CNAM.

168. Contractarea asistenței medicale spitalicești pe profilurile de lungă durată (*psihiatrie, narcologie, psihiatrie concomitent cu ftiziatrie*) se realizează în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice, stabilite în actele normative ale Ministerului Sănătății.

169. Serviciile prestate în secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate (cu excepția instituțiilor medicale spitalicești unde funcționează departamente de medicină urgentă, unități de primire urgentă specializată și unități primire urgentă - IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal Bălți, Institutul Mamei și Copilului, Spitalul Raional Cahul etc.) se contractează separat, la nivelul sumei anului 2014.

170. Suma limită destinată serviciului dializă constituie 69 800,0 mii lei. Bugetul global cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului.

171. Suma limită pentru medicamente costisitoare utilizate în programe speciale de tratament conform solicitărilor Ministerului Sănătății constituie 89 000,0 mii lei. Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita surselor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu instituțiile medico-sanitare pentru acest scop.

172. Suma limită pentru consumabile costisitoare utilizate în programe speciale specificate la pct.165 lit.e) constituie 70 830,0 mii lei.

Servicii medicale de înaltă performanță

173. Metoda de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță este – „*per serviciu*”.

174. Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică în limita contractată, volumul și spectrul de servicii, asigurând accesul echitabil pentru pacienții instituțiilor medico-sanitare, inclusiv Centrelor de Sănătate autonome, încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală cu informarea acestora, a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și a Ministerului Sănătății.

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

175. Îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu se vor contracta în temeiul actelor normative ale Ministerului Sănătății.

176. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale și pentru îngrijirile medicale paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă este „*per vizită*”.

B. Modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate

177. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale urgente prespitalicească* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma

contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță și cu excluderea sumelor achitate anterior;

- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator.

178. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale primare* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile:

- până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de până la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală (inclusiv suma estimativă pentru indicatorii de performanță);

- în baza facturilor prezentate de instituțiile farmaceutice contractate, la valoarea integrală a lor.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală (cu excepția sumei estimative pentru indicatorii de performanță), cu excluderea sumelor achitate anterior și a eventualelor depășiri peste suma-limită de prescriere a medicamentelor compensate;

-suma bonificației pentru indicatorii de performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior, în limita $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală.

179. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de până la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate tratamentului bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulator și cu excluderea sumelor achitate anterior și a eventualelor depășiri peste suma-limită de prescriere a medicamentelor compensate;

- suma pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulator, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator.

180. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale spitalicești* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de până la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea cazurilor tratate, în limita $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cumulativ de la începutul anului;

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „*budget global*”, cu excluderea sumelor achitate anterior.

- suma pentru cheltuielile de transport public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator;

c) medicamentele costisitoare se vor achita în baza acordurilor încheiate și facturilor prezentate;

d) consumabilele costisitoare se vor achita lunar, după prestarea serviciilor medicale, în baza facturilor și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate.

181. Achitarea *serviciilor medicale de înaltă performanță* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată, integral suma pentru îndeplinirea serviciilor medicale, în limita $\frac{1}{4}$ sumei contractuale anuale, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

182. Achitarea *îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată, integral suma pentru îndeplinirea serviciilor medicale, în limita $\frac{1}{4}$ sumei contractuale anuale, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

183. Lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, Compania Națională de Asigurări în Medicină, poate achita integral, conform dărilor de seamă prezentate de prestator, serviciile acordate pentru luna precedentă în limita $\frac{1}{12}$ din suma contractuală anuală.

C. Modalitatea de nevalidare a serviciilor medicale

184. În cadrul nevalidării serviciilor medicale, echivalentul bănesc al acestor servicii urmează a fi exclus din suma achitată instituțiilor medico-sanitare pentru volumul de asistență medicală prestat în conformitate cu prevederile contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

185. Nevalidarea serviciilor medicale se va efectua în conformitate cu prevederile „Regulamentului privind controlul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, aprobat prin ordinul CNAM nr. 252-A din 28.05.2014.

D. Procedura de negociere și de soluționare a litigiilor

186. Contractarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se va face prin negocieri dintre administrația prestatorului de servicii medicale și reprezentanții împuterniciți ai Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cu participarea, după caz, a reprezentantului Ministerului Sănătății sau a administrației publice locale în calitate de fondatori.

187. Litigiile care nu pot fi soluționate în cadrul negocierilor sunt examinate în ședințele comisiei de mediere constituite pe bază de paritate din reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Ministerul Sănătății. Deciziile sunt definitive și obligatorii pentru părțile contractante.

E. Dispoziții finale

188. Prestatorii de servicii medicale pe parcursul a 10 zile lucrătoare, din momentul semnării contractelor, vor prezenta pentru coordonare Fondatorului și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (Agenției teritoriale) devizul de venituri și cheltuieli (business-plan) pentru mijloacele provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2015, conform formularului aprobat. La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

189. Mijloacele financiare obținute de către prestator în urma îndeplinirii indicatorilor de performanță vor fi utilizate în conformitate cu prevederile actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, inclusiv pentru stimularea lucrătorilor medicali care nemijlocit au contribuit la îndeplinirea acestora.

190. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare separate, interzicându-se utilizarea arbitrară a mijloacelor destinate unui tip de asistență medicală pentru altul.