



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

ORDIN
privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014
a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

nr. 1605/414-A din 31.12.2013

Monitorul Oficial nr.43-46/261 din 21.02.2014

* * *

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411 din 28 martie 1995, ale Hotărârii 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 din Regulamentul privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.397 din 31 mai 2011, și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul pct.29 lit.e) din Statutul, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002,

ORDONĂ:

1. Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2014 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 în cadrul prestării serviciilor medicale.

3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală au obligația să afișeze în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori informația privind numărul contractului și data când 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, șeful Direcției asistență medicală spitalicească și urgență, șeful Direcției buget, finanțe și asigurări vor acorda suportul consultativ-metodic necesar în vederea realizării prevederilor Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.

5. Prezentul ordin intră în vigoare la 1 ianuarie 2014.

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

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

Andrei USATÎI

DIRECTORUL GENERAL AL COMPANIEI
NAȚIONALE DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

Mircea BUGA

Chișinău, 31 decembrie 2013.

Nr.1605/414-A.

NORMELE METODOLOGICE
de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării
obligatorii de asistență medicală

Capitolul I
DISPOZIȚII GENERALE

1. Normele metodologice de aplicare în anul 2014 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, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2014 nr.330 din 23 decembrie 2013 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.

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 legiferati prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv.

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 asistența 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 asistența 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) 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, poliomielite, rubeola.

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 (buletinul) și 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) în toate cazurile cînd este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei, inclusiv prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, se solicită doar la finalul acordării asistenței medicale urgente;

e) în cazul urgențelor medico-chirurgicale, cînd 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;

f) 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,

g) asistența medicală spitalicească programată se acordă în instituțiile raionale și municipale, 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.

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.f) și g), 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 corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale, 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 prespitalicească

13. Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură acordarea asistenței medicale respective populației (maturi și copii), indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, pe întreg teritoriul deservit în regim nonstop, organizând la necesitate, pentru operativitate, deplasarea echipei și în afara teritoriului de deservire a subdiviziunilor subordonate de asistență medicală urgentă.

14. Asistența medicală urgentă prespitalicească se efectuează la apelul pacientului, altor persoane în numele pacientului sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se asigură în regim continuu, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și pînă la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare. La solicitare, pînă 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 de 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 9 septembrie 2010, fiind respectat principiul deservirii teritoriale a populației cu acordarea îngrijirilor medicale persoanelor în contextul familiei și familiilor în cadrul comunității, respectând principiul echității și nondiscriminării.

24. Instituția medicală, indiferent de forma juridică de organizare, oferă posibilități familiei de a alege medicul de familie în cadrul instituției care deservește teritoriul unde își are loc de trai persoana respectivă.

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

26. 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 legislație și alte acte normative în vigoare.

27. 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 nozocomiale 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;
- h) supravegherea și monitorizarea de către medicul de familie a evoluției sarcinii femeilor gravide conform planului 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 și trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare în instituția medico-sanitară teritorială de tip spitalicesc;

m) prestarea serviciilor medicale persoanelor cu probleme de sănătate mintală la nivel de comunitate, inclusiv de către Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, în conformitate cu actele normative în vigoare;

n) prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, inclusiv de către Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în conformitate cu actele normative în vigoare;

o) depistarea și luarea la evidență a bolnavilor TBC și a persoanelor contacte din focarele TBC, supravegherea și aplicarea strict observată a tratamentului în condiții de ambulatoriu în colaborare cu Centrele Comunitare pentru Suportul Tratamentului Pacienților cu Tuberculoză din teritoriu;

p) programarea și efectuarea vaccinării planice a populației, indiferent de prezența poliței de asigurare;

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

28. 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.

29. 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.

30. Examenle medicale profilactice prevăzute de actele normative în vigoare la persoanele din grupurile țintă (vîrstă, grupuri de risc, contingent preeclitant) se realizează de către medicul de familie și echipa sa, avînd ca suport cabinetele de triaj, centrul de servicii prietenoase tinerilor, cabinetul de sănătate a reproducerii, la adresare directă, fără bilet de trimitere.

31. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare în cadrul examenelor medicale profilactice anuale, inclusiv în cadrul examenelor medicale în comisie efectuate la nivel de asistență medicală primară (antropometria, aprecierea IMC, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale, examenul ginecologic profilactic cu prelevarea citologiei după caz, microradiografia), se efectuează la prezentare directă în cabinetul de triaj, cabinetul de sănătate a reproducerii/centrul de servicii prietenoase tinerilor/cabinetul ginecologic profilactic/asistentul medical în perinatologie, cabinetul radiologic. Datele despre realizarea acestora se consemnează în documentația de evidență medicală primară, medicul de familie și echipa sa asigurînd evidența realizării acestora de către toate persoanele înregistrate pe listă.

32. Examinările de depistare precoce a patologiei colului uterin și glandei mamare, confirmare/excludere a diagnosticului (examen clinic, frotiu pentru examinare citologică, colposcopia) se efectuează la adresare directă la medicul de familie, asistentul medical în perinatologie, medicul obstetrician ginecolog din cabinetul ginecologic profilactic/cabinetul de sănătate a reproducerii/Centrul de Sănătate a Femeii.

33. Instituțiile medico-sanitare primare asigură procurarea dispozitivelor medicale, contraceptivelor, inclusiv de urgență, testelor rapide HIV și seturilor standard de medicamente pentru tratamentul infecțiilor urogenitale pentru persoanele din grupurile vulnerabile și grupurile de risc medical și social.

34. 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 învățămînt, examenle medicale ale abiturienților pentru admitere, examenle medicale profilactice pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice, de învățămînt 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.

35. Realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) se efectuează în sala de tratamente din cadrul instituției medico-sanitare de asistență medicală primară, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, cu asigurarea consumabilelor. Asigurarea materialelor sanitare și dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv a medicamentelor în cazuri de urgență și prim ajutor, se asigură de către instituția medicală primară.

36. 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 la Programul unic și în 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.

37. Trimiterea, în cazurile prevăzute la pct.36, se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin semnătura și parafa medicului de familie. Pentru asigurarea accesului și oportunității efectuării investigațiilor paraclinice și de diagnosticare la nivelul medicinei primare, instituția medicală primară procură teste-expres, inclusiv pentru determinarea glicemiei în condiții de domiciliu, în limita surselor financiare planificate în acest scop.

38. 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 la Programul 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.

39. 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.

40. Certificatele (formularele) eliberate în cadrul realizării activităților de suport se asigură de către instituția medico-sanitară responsabilă, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, inclusiv la solicitarea pacientului sau reprezentantului legal, autorităților publice locale și centrale, organelor de drept.

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

42. În cazurile când starea pacientului sau stabilirea/precizarea diagnosticului și aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei depășește competența medicului de familie sau, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare, supravegherea maladiei date se face de către sau de comun acord cu medicul specialist de profil, 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.

43. Consultația persoanei neasigurate de către medicul specialist de profil se efectuează contra plată (cu excepția cazurilor stabilite la pct.5), în modul stabilit, în corespundere cu Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

44. Consultația de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară respectivă, aflată în același teritoriu (raion, municipiu), se acordă doar în baza documentației medicale primare (formulare: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e etc.).

45. 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.

46. 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.

47. După efectuarea consultației respective, medicul de familie asigură supravegherea în dinamică a pacientului în conformitate cu recomandările medicului specialist de profil.

48. Trimiterea pentru internare programată în spital 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.

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

50. Internarea se efectuează în temeiul biletului de trimitere (formular 027/e), completat conform cerințelor formularului, cu indicarea diagnosticului, datelor despre evoluția bolii, rezultatele 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.

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

51. 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.

52. 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.

53. 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

54. 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 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.

55. Pentru realizarea tuturor activităților prevăzute în Programul unic, inclusiv organizatorico-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, dispozitivelor medicale și contraceptivelor pentru persoanele din grupurile vulnerabile și grupurile de risc medical și social;

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 nozocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitaro-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;

g) asigurarea evidenței și supravegherii medicale a pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;

h) supravegherea și monitorizarea de către medicul obstetrician-ginecolog a evoluției sarcinii femeilor gravide conform planului de conduită cu asigurarea asistenței medicale și antrenarea, la necesitate, a altor medici-specialiști;

i) 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.;

j) coordonarea și acordarea suportului consultativ-metodic instituțiilor de asistență medicală primară în conduita maladiilor cu impact asupra sănătății publice;

k) monitorizarea situației în teritoriu privind morbiditatea și măsurile întreprinse, inclusiv la nivel de administrație publică locală, pentru maladiile cu impact major asupra sănătății publice;

l) organizarea și participarea la realizarea activităților necesare în focarele de boli infecțioase;

m) 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;

n) organizează, la necesitate, prescrierea de către medicii specialiști de profil (psihiatri și 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;

o) conlucrează cu Centrele Comunitare de Sănătate Mentală, în conformitate cu actele normative în vigoare;

p) conlucrează cu Centrele Comunitare pentru suportul Tratatamentului Pacienților cu Tuberculoză în condiții de ambulatoriu, în conformitate cu actele normative în vigoare.

56. 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.

57. 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.

58. Consultația medicului specialist de profil din cadrul instituțiilor medicale de nivel terțiar se acordă în baza extrasului-trimiterii (F-027/e), eliberate de către:

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

b) 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.

Consultația se efectuează în baza programării prealabile, inclusiv prin intermediul sistemului electronic on-line.

59. 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).

60. 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, 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.

61. 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.

62. Trimiterea la investigații se efectuează în baza biletului de trimitere, 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.

63. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare, necesare în cadrul organizării examenelor medicale în Comisii: examinarea medicală a candidaților și conducătorilor de vehicul; 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.

64. Examinările de depistare precoce a patologiei colului uterin și glandei mamare, confirmare/excludere a diagnosticului (examen clinic, frotiu pentru examinare citologică, colposcopia) se efectuează la adresare directă la medicul obstetrician ginecolog din secția consultativă.

65. Examinarea medicală, investigațiile paraclinice și de diagnosticare a premilitarilor, recruților și rezerviștilor se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, inclusiv grupa sîngelui și Rh factor, microradiografia etc., conform indicațiilor medicale, 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.

66. Specialiștii 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 metadon pentru utilizatorii de droguri injectabili, se acordă în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală.

67. În cazul când instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial nu dispun de capacitățile necesare pentru efectuarea asistenței medicale specializate de ambulator, prevăzută de Programul unic, aceasta se va realiza 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 unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice terțiare, municipale și raionale.

68. 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.

69. 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 la Programul unic, se efectuează la trimiterea medicului specialist de profil din contul mijloacelor asistenței medicale specializate de ambulator.

70. La prezentarea directă a persoanei asigurate la medicul specialist de profil, cu excepția cazurilor prevăzute în pct.69, 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.

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

72. 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, organizând la necesitate programarea pentru consultația necesară.

73. 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.

Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în pct.46, 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.).

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.

74. 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 la adresare directă în condițiile pct.69 și, în caz de necesitate,

eliberează bilet de trimitere pentru internare în instituția medicală conform diagnosticului stabilit.

75. La constatarea necesității efectuării consultațiilor altor specialiști de profil și/sau investigațiilor de înaltă performanță, inclusiv 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), organizând la necesitate programarea pentru consultația și/sau investigația necesară.

76. În cazul când, 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).

77. 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 specialistul de profil, conform indicațiilor medicale.

78. Instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/tertiare și informează instituția medico-sanitară teritorială despre rezultatele examinărilor efectuate, completând 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.

79. 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 și instituțiilor medico-sanitare, se realizează în conformitate cu mecanismul expus la capitolul dat.

80. 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.

Asistența medicală stomatologică

81. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice, Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale, contractate de CNAM. 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 copiilor în vârstă până la 18 ani în volum deplin a asistenței medicale stomatologice de urgență, profilactică, inclusiv sigilarea fisurilor; obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei;
- e) monitorizarea situației privind prestarea serviciilor de asistență medicală stomatologică și întreprinderea măsurilor ce se impun pentru realizare;
- f) 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 nozocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

Asistența medicală spitalicească

82. 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.

83. 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;
- 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 nozocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitaro-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

84. 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.

85. 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.

86. 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.

87. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (sarcina extrauterină, avort spontan, naștere) se efectuează necondiționat (indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală).

88. În cazurile de naștere, dacă femeia gravidă nu dispune de polița de asigurare, 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 eliberării acesteia a poliței de

asigurare. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii nașterii, care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, patrumentei și lăuziei, după caz).

89. 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.

90. 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 la Programul unic;

b) în spitalele de nivel terțiar – în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, coordonată cu spitalul 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 limita cotei stabilite 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.

91. 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.

92. La adresarea directă pentru internare în instituțiile medicale spitalicești fără programare, în cazurile nerespectării prevederilor pct.90, 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.

93. La indicații medicale și sociale, stabilite de Comisia Medical-Consultativă (Ordinul MS nr.647 din 21.09.2010), femeilor gravide li se asigură internarea pentru întreruperea sarcinii indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, cu respectarea mecanismului stabilit la pct.88.

94. Mamele (îngrijitorii) sunt spitalizate pentru îngrijirea copilului cu vârsta 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.

95. Pacienții afectați de maladii 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 atât la trimiterea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, cât și în cazul adresării directe a pacientului.

96. În cazul când 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.

97. 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.

98. Instituțiile medico-sanitare publice efectuează internarea programată a persoanelor asigurate ca pacienți tematici, la cererea catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” din cota locurilor disponibile pentru internări programate pentru fiecare unitate administrativ-teritorială, în baza biletului de trimitere eliberat în modul stabilit.

Planificarea numărului și profilului pacienților tematici se face din timp, de comun acord cu administrația instituțiilor medico-sanitare publice, fără a perturba procesul diagnostico-curativ și principiul proporționalității, stabilit pentru fiecare unitate administrativ-teritorială.

99. 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.

100. 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.

101. 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.

102. 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. 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.

103. 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 înaltă performanță

104. Serviciile medicale de înaltă performanță în volumul și pe tipurile, specificate în anexa nr.5 la Programul 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.

105. 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, ținînd cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției etc.

106. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil, în limita cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată. Serviciile medicale, notificate cu asterisc în

anexa nr.5 la Programul unic, pot fi efectuate inclusiv la trimiterea medicului de familie, în baza biletului de trimitere completat de acesta.

107. În cazul când în urma 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 (formular nr.1-19/r), aprobat prin Ordinul comun MS și CNAM nr.10/08-A din 14.01.2013, în compartimentul “Diagnosticul la trimitere”.

108. 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.

109. 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

110. 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.

111. 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 în cazurile când îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

112. Prestatorii efectuează îngrijiri paliative la domiciliu persoanelor cu maladii incurabile, în stadii terminale, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv în cazurile când îngrijirile paliative la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

113. Prestatorii asigură acordarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, în modul și volumul stabilite de actele normative în vigoare. Asigurarea cu medicamente, materiale sanitare (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

114. 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.

115. 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.

116. 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.

117. 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.

118. Prestarea serviciilor spitalicești pentru persoanele asigurate se efectuează în baza liberei alegere 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.

119. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în punctele 116 și 117 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. În 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.50 al prezentelor Norme metodologice.

120. 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 primară 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.

121. 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.

122. 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 semnalează 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.

123. 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.

124. 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

125. 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.

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

127. Serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului specialist de profil specificate în compartimentul II al anexei nr.4 la Programul 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 al prezentelor Norme metodologice, în cazul când pacientul se prezintă la acesta pentru asistență medicală în conformitate cu prezentele Norme metodologice.

128. 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.

129. 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 la Programul 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

130. Pentru anul 2014 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.

131. 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.

132. 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.

133. Plafoanele de cheltuieli pentru fiecare tip de asistență medicală sunt stabilite în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2014, după cum urmează:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească – 382457,7 mii lei;

- b) asistența medicală primară – 1 362 064,2 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 216 033,2 mii lei;
- c) asistența medicală specializată de ambulator – 330985,2 mii lei;
- d) asistența medicală spitalicească – 2282250,0 mii lei;
- e) servicii medicale de înaltă performanță – 156324,1 mii lei;
- f) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 7119,7 mii lei.

[Pct.133 modificat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.823/417-A din 18.08.2014, în vigoare 29.08.2014]

[Pct.133 modificat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.623/321-A din 04.07.2014, în vigoare 25.07.2014]

134. În cazul depășirii sumei semestriale planificate 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

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

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

136. 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 1 noiembrie 2013.

137. 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 10000 populație totală a teritoriului deservit).

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

139. Tariful “per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 103 lei. Suma anuală constituie 359477,5 mii lei.

140. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță este de 22980,2 mii lei, inclusiv pentru:

- indicatorul 1 – 18458,4 mii lei;
- indicatorul 2 – 4521,8 mii lei.

Asistența medicală primară

141. 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.

142. 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) și poziții contractuale separate.

143. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

- 1) plata “per capita”;
- 2) bonificație pentru performanță, inclusiv:
 - a) pentru indicatori de proces/“per serviciu”
 - b) pentru indicatori de rezultat;
- 3) plata prin buget global (pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală).

144. 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 1 noiembrie 2013, 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.

145. Ca teme pentru achitarea bonificației pentru performanță se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori:

1) Indicatori de proces/“ per serviciu”

Indicatorul 1: Internarea programată

Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare internare programată.

Indicatorul 2: Depistarea și supravegherea maladiilor nontransmisibile:

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

2.2. numărul persoanelor cu hipertensiune arterială instruite conform programului “Școala pacientului hipertensiv” în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

2.3. numărul persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40 și 65 de ani, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, ACV) cărora li s-a apreciat indicele SCORE în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte;

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

2.5. 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;

2.6. numărul persoanelor cu diabet zaharat instruite conform programului “Școala pacientului cu diabet zaharat” în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

2.7. numărul examenelor ginecologice profilactice cu prelevarea citologiei în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte.

2.8. 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.

Indicatorul 3: Supravegherea gravidei și copilului

Supravegherea gravidei:

3.1. numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație pînă la 12 săptămîni în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 30 de puncte;

3.2. numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte;

3.3. numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor de fier în primul trimestru al sarcinii în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte;

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

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

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

Supravegherea copilului primului an de viață:

3.7. numărul copiilor, care au efectuat vizite la medicul de familie în termenele stabilite de actele normative în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte;

3.8. numărul copiilor cărora li s-a indicat administrarea profilactică a vitaminei D. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte;

3.9. 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;

3.10. 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;

3.11. numărul copiilor, care au realizat programul de vaccinare pentru vârsta de un an. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte.

4) Indicatorul 4: Depistarea și supravegherea tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu:

4.1. numărul persoanelor din grupul de risc (PCN TBC) investigate la tuberculoză în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

4.2. numărul persoanelor luate la evidență primar cu tuberculoză în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte;

4.3. numărul de cazuri finalizate de tratament a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator conform standardelor DOTS. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 de puncte.

2. Indicatori de rezultat

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

1.2. Rata persoanelor din grupurile țintă cărora li s-a efectuat prelevarea citologiei conform cerințelor protocolului clinic național în anul de raportare constituie 85% din numărul total a femeilor planificate pentru prelevarea citologiei în anul 2014.

1.3. 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 2014.

1.4. Rata copiilor *supravegheați de către medicul de familie* conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total al copiilor care au împlinit 12 luni în anul 2014.

146. 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 – 396,16 lei;

- de la 5 – pînă la 49 ani 11 luni 29 zile – 233,04 lei;

- de la 50 ani și peste – 349,56 lei.

Suma totală destinată finanțării *per capita* constituie 957166,2 mii lei;

b) suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță în cuantum anual de 168877,5 mii lei;

c) suma de 216 033,2 mii lei, alocată pentru compensarea costului medicamentelor prescrise persoanelor (asigurate și neasigurate) de către instituțiile medico-sanitare în limitele stabilite la p.152;

d) suma de 7635,0 mii lei alocată prin buget global pentru Centrele de sănătate prietenoase tinerilor;

e) suma de 10726,6 mii lei alocată prin buget global pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală;

f) suma de 1625,7 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.

[Pct.146 modificat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.823/417-A din 18.08.2014, în vigoare 29.08.2014]

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

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

149. Valoarea unui punct se calculează trimestrial prin raportarea 1/4 parte a cuantumului anual pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță (pct.146 lit.b)) la numărul total de puncte acumulate și raportate de prestatorii de AMP pentru trimestrul respectiv.

150. 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.

151. 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.

152. 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, tireotxicoză, gravide, diabet zaharat tip II insulinoindendenți, copii 0-5 ani. Suma totală constituie 176101,8 mii lei. Valoarea unui punct constituie 3,76 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” – 48,78 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu HTA (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 62,14 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu glaucom (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 87,61 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu astm bronșic (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 145,17 puncte;

- pentru o persoană asigurată cu tireotxicoză (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 57,28 puncte;

- pentru o gravidă (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 38,66 puncte;

- pentru o persoană (asigurată și neasigurată) cu diabet zaharat tip II insulinoindendenți (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 149,39 puncte;

b) pentru instituțiile medico-sanitare ce prescriu medicamente compensate psihotrope și anticonvulsivante, în conformitate cu numărul de persoane (asigurate și neasigurate) cu schizofrenie și epilepsie conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate. Suma totală constituie 15711,4 mii lei;

c) pentru instituțiile medico-sanitare ce prescriu antidiabetice injectabile (insuline) în conformitate cu numărul de persoane (asigurate și neasigurate) cu diabet zaharat tip I

insulinodependent conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate. Suma totală constituie 34220,0 mii lei.

Asistența medicală specializată de ambulator

153. Asistența medicală specializată de ambulator include:

- a) asistența medicilor specialiști de profil;
- b) asistența medicală stomatologică.

154. 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.

155. 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*”.

156. 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 1 noiembrie 2013.

157. 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 222022,0 mii lei în mărime de:

- 92,96 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);

- 102,20 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți;

- 93,60 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.

158. Finanțarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este stabilită în limita sumei anuale de 64814,2 mii lei prin următoarele metode:

a) plata prin “*buget global*” – instituțiile medico-sanitare republicane, punctele traumatologice din mun.Chișinău, Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău, Centrul Național de Sănătate Mintală, Centrul Național de Epileptologie al Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, laboratorul național de referință a Institutului de fiziopneumologie “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.

159. Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 44149,0 mii lei, inclusiv:

a) finanțarea prin “*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 10214,7 mii lei;

b) finanțarea “*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău la tariful de 8,72 lei. Suma pe an constituie 5667,9 mii 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*” – 16,36 lei. Suma pe an constituie 28227,4 mii lei;

d) suma de 39,0 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.

Asistența medicală spitalicească

160. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

a) plata pe “*caz tratat*” în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) – pentru volumul de activitate spitalicească de scurtă durată prestat persoanelor asigurate și neasigurate cu maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice spitalizate în instituțiile specializate în limitele prevederilor Programului Unic;

b) plata pe “*caz tratat*” pentru 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 aeroambulanței);

- 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.

161. Pentru spitalele rambursate în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX) în contract se specifică suma contractuală și tariful propriu.

162. 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.

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

164. 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 CNȘPMU, 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 2013.

165. Suma totală destinată serviciului dializă constituie 50729,4 mii lei. Estimarea bugetelor globale pe prestatori pentru serviciile de dializă va fi efectuată în dependență de suma totală destinată serviciului de dializă și numărul de ședințe de dializă prestate pe parcursul anului 2013.

Bugetul global cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului.

166. În cadrul nevalidării cazurilor tratate, echivalentul bănesc al acestor cazuri 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.

167. Criteriile generale de nevalidare a cazurilor tratate în staționar prezentate spre achitare:

1) cazul tratat a persoanei neasigurate, dar prezentată ca asigurată;

1¹) cazul tratat al persoanei care, pe parcursul spitalizării, obține/pierde statutul de persoană asigurată;

2) cazul prezentat spre achitare (prezentat în factură), dar care nu a fost efectuat;

3) cazul prezentat spre achitare, dar care a fost achitat integral sau parțial de pacient sau de altă persoană fizică sau juridică;

4) cazul de spitalizare neîntemeiată:

- caz programat – fără bilet de trimitere eliberat în conformitate cu prevederile Normelor metodologice;

- caz urgent – conform diagnosticului stabilit de secția de internare și după asistența efectuată (sau necesita a fi efectuată), conform datelor justificative din punct de vedere medical și social, în această secție putea fi tratat în continuare în condiții de ambulator;

5) caz nerezolvat:

a) pentru cazurile programate și urgente:

- monitorizarea insuficientă și tratamentul neadecvat, cauzat de nerespectarea cerințelor standardului de tratament, protocolului clinic instituțional;

- externare neîntemeiată: neconfirmarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a ameliorării și lipsei concluziei despre posibilitatea continuării tratamentului sau îngrijirii în condiții de ambulator sau la domiciliu cu recomandări concrete pentru etapa de asistență medicală următoare;

b) pentru cazurile programate:

- cazul de spitalizare programată pentru tratament prin intervenție chirurgicală (invazivă), însă intervenția nu a fost efectuată;

6) cazurile de transfer în altă instituție:

- în cazurile programate – când transferul este efectuat cu aceeași patologie, care era posibil de tratat în instituția dată.

[Pct.167 completat prin Ordinul Min.Săn. și CNAM nr.470/263-A din 04.06.2014, în vigoare 01.07.2014]

168. Suma-limită pentru medicamente costisitoare utilizate în programe speciale de tratament conform solicitărilor Ministerului Sănătății constituie 80000,0 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.

Servicii medicale de înaltă performanță

169. Metoda de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță este – “*per serviciu*”.

170. 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

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

172. 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

173. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale urgente prespitalicească* 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 1/12 parte din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță;

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral 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.

174. 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 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 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 j din suma contractuală anuală.

[Pct.174 în redacția Ordinului Min.Săn. și CNAM nr.470/263-A din 04.06.2014, în vigoare 01.07.2014]

175. 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 1/12 parte din suma contractuală anuală;

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral 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.

176. 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 1/12 parte din suma contractuală anuală;

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea cazurilor tratate, în limita 1/4 din suma contractuală anuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- integral 1/4 din suma contractuală anuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată "*buget 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 și facturilor prezentate.

177. Achitarea *serviciilor medicale de înaltă performanță* 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 1/12 parte din suma contractuală anuală;

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

178. Achitarea *îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu* 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 1/12 parte din suma contractuală anuală;

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

179. 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 1/12 din suma contractuală anuală.

C. Procedura de negociere și de soluționare a litigiilor

180. 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.

181. 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.

D. Dispoziții finale

182. 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 2014, conform formularului aprobat. La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

183. 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.