



ORDIN
ПРИКАЗ

16.12.2010 Nr. 811A/223-A
mun. Chișinău

Cu privire la modificările și completările ce se operează în Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale” din Ordinul nr.522/207-A din 24.12.2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Pînă la data intrării în vigoare a cadrului normativ aferent modalității de finanțare și de acordare a asistenței medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2011 și pentru funcționarea satisfăcătoare a instituțiilor medico-sanitare contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină, Ministerul Sănătății, în temeiul pct.8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 777 din 27.11.2009 și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul pct.29 lit.e) din Statut, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.156 din 11.02.2002,

ORDONĂMI:

1. Se aprobă Modificările și completările ce se operează în Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale” din Ordinul nr.522/207-A din 24.12.2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare, Directorul Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Directorul Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Șeful Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor lua act de prezentul Ordin și vor asigura executarea necondiționată a prevederilor lui.

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

Ministrul Sănătății

Vladimir HOTINEANU

Directorul general al Companiei
Naționale de Asigurări în Medicină

Mircea IUGA

Modificările și completările ce se operează în Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale” din Ordinul nr.522/207-A din 24.12.2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Capitolul IV „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale” din Ordinul nr.522/207-A din 24.12.2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În pct.107 lit.a) sintagma „294 044,0 mii lei” se substituie prin sintagma „290 044,0 mii lei”;

2. În pct.109, pct.115 și pct.126 sintagma „07.12.2009, ora 10⁰⁰” se substituie prin sintagma „01 decembrie 2010, ora 9⁰⁰”;

3. Pct.112 se expune în redacție nouă:

„112. Tariful „per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 87,22 lei. Suma anuală constituie 287 316,4 mii lei.”;

4. Pct.113 se expune în redacție nouă:

„113. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorului de performanță este de 2 247,6 mii lei.”;

5. Se completează cu un punct nou, pct.113¹, cu următorul conținut:

„113¹. Suma alocată pentru Centrul Republican Medicina Calamităților constituie 480,0 mii lei.”;

6. Pct.116 se expune în redacție nouă:

„116. Sumele anuale destinate pentru asistența medicală primară se formează din:

a) suma de 891 491,3 mii lei, alocată *per capita* pentru volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic (inclusiv pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie) și prezentele Norme metodologice;

b) suma de 112 000,0 mii lei, alocată *per capita* pentru compensarea costului medicamentelor prescrise persoanelor înregistrate (asigurate și neasigurate) în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară;

c) suma de 2 080,8 mii lei alocată pentru Centrele prietenoase tinerilor;

d) suma de 963,1 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărîrea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.”;

7. Pct.117 se expune în redacție nouă:

„117. Tarifele stabilite în asistența medicală primară sunt următoarele:

a) tarif „per capita” pentru grupurile de vîrstă:

- de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile – 393, 64 lei

- de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile – 231.55 lei

- de la 50 ani și peste – 347, 33 lei.

b) suma-limită alocată instituțiilor medico-sanitare pentru prescrierea medicamentelor compensate se calculează în conformitate cu punctele acumulate în dependență de numărul populației (asigurate și neasigurate) înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară, cu ajustare la numărul așteptat de gravide, numărul de copii de la 0-până la 4 ani 11 luni 29 zile, numărul de bolnavi cu HTA, numărul de bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent și numărul de bolnavi cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie).

Numărul total de puncte se calculează în modul următor:

- pentru fiecare persoană (asigurată și neasigurată) înregistrată în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară (conform Bazei de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”), instituția primește – 0,1 puncte;

- pentru o gravidă (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 20,5 puncte;

- pentru un copil de la 0-până la 4 ani 11 luni 29 zile (conform Bazei de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”) – 23,7 puncte;

- pentru o persoană cu HTA (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 34,2 puncte;

- pentru o persoană cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 19 puncte;

- pentru o persoană cu afecțiuni psihice (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) – 80,9 puncte.

Valoarea unui punct va fi estimată prin corelarea sumei destinate compensării medicamentelor cu numărul sumar de puncte acumulat de toți prestatorii de asistență medicală primară din cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală.”;

8. Pct.127 se expune în redacție nouă:

„127. 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 161 764,4 mii lei în mărime de:

- 65,62 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);

- 72,46 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți;

- 66,35 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.”;

9. În pct.128:

„sintagma „47 596,1 mii lei” se substituie prin sintagma „45 831,7 mii lei”

la lit.a):

cuvintele „centrele prietenoase tinerilor” se exclud;

după cuvintele „laboratorul național de referință a Spitalului de boli tuberculoase Vorniceni,” se introduc cuvintele „laboratorul de referință a Spitalului Clinic Municipal Bălți,”;

10. Pct.129 se expune în redacție nouă:

„a) finanțarea prin „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 7378,8 mii lei.

b) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău la tariful de 4,84 lei. Suma pe an constituie 3 045,4 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 și din UTA Găgăuzia la tariful „*per capita*” – 12,10 lei. Suma pe an constituie 21 575,8 mii lei.”;

11. Pct. 132 se expune în redacție nouă:

„132. Tariful mediu al „cazului tratat” pe profil este diferențiat pentru instituțiile medico-sanitare raionale, municipale și republicane în conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.442 din 28 noiembrie 2008, cu modificările operate prin ordinele Ministerului Sănătății nr.492 din 15 decembrie 2009, nr.689 din 13 octombrie 2010 și nr.790 din 30 noiembrie 2010.”;

12. Se completează cu un punct nou, pct.137¹, cu următorul conținut:

„137¹. Pentru utilizarea completă a mijloacelor financiare destinate asistenței medicale spitalicești, sumele neutilizate (în urma neîndeplinirii volumelor contractuale pe unele profiluri paralel cu supraîmplinirea pe alte profiluri), formate după finalizarea anului financiar 2010 în conformitate cu prevederile pct.4.3 din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1636 din 18.12.2002, vor fi redistribuite prin plăți suplimentare sub formă de buget global estimat proporțional sumelor contractate prin metoda “caz tratat” la finele anului 2010.”