



ORDIN

Nr. 1592/594-A din 28 decembrie
2018

*privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale
în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019*

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 2019, nr.301 din 30 noiembrie 2018, Hotărârii Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 „Cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în temeiul Hotărârii Guvernului nr.694 din 30.08.2017 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul Statutului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002,

ORDONĂM:

1. Se aprobă Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019 (în continuare - Criterii de contractare), conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea Criteriilor de contractare aprobate prin prezentul ordin.
3. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați 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 Criteriilor de contractare și lista serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate și neasigurate în instituția respectivă, în anul 2019.
4. Prezentul ordin intră în vigoare la 01.01.2019.
5. Controlul asupra executării prezentului ordin ni-l asumăm.

Silvia RADU
Ministru

Tamara ANDRUȘCA
Director general

CRITERIILE DE CONTRACTARE
a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării
obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019. (în continuare – Criterii de contractare) 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 2019, nr.301 din 30 noiembrie 2018 și Hotărârii Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările și completările ulterioare.

2. Criteriile de contractare stabilesc:

- 1) principiile care stau la baza încheierii contractelor cu prestatorii de servicii medicale;
- 2) condițiile de contractare a prestatorilor de servicii medicale;
- 3) modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală prevăzute de Programul unic;
- 4) repartizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe tipuri de asistență medicală pentru achitarea serviciilor medicale;
- 5) particularitățile de contractare a tipurilor de asistență medicală prevăzute în Programul unic și a prestatorilor de servicii medicale;
- 6) modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate.

3. Reglementarea condițiilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale are ca scop asigurarea accesului echitabil la asistență medicală de toate nivelurile, cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia, în volumul stabilit de Programul unic pentru toate persoanele aflate pe teritoriul Republicii Moldova în condițiile legii.

4. Criteriile de contractare sunt obligatorii în procesul de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

II. PRINCIPIILE DE BAZĂ A CONTRACTĂRII SERVICIILOR MEDICALE

5. Contractarea prestatorilor de servicii medicale se face cu respectarea următoarelor principii generale:

- 1) alinierea principiilor de contractare la prevederile politicilor naționale în domeniul sănătății;
- 2) realizarea echității pentru populația țării în procesul de repartizare a surselor fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente;
- 3) garantarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale incluse în Programul unic;
- 4) asigurarea eficienței și transparenței în utilizarea mijloacelor financiare publice, bazate pe necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate pentru anul 2019;
- 5) creșterea continuă a calității serviciilor medicale.

6. Criteriile de contractare stabilesc condițiile contractării prestatorilor eligibili în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în funcție de parametrii financiari stabiliți, politicile din domeniul sănătății și prioritățile de sănătate stabilite.

7. Condițiile generale de eligibilitate a prestatorilor de servicii medicale sunt:

- 1) Prestator de servicii medicale acreditat la nivel național;
- 2) Disponibilitatea resurselor tehnice și umane angajate la locul de bază în instituție pentru profilul/serviciul solicitat pentru contractare, specificat în oferta prestatorului de servicii medicale prezentată la contractare;

3) Lipsa condiționării plăților suplimentare în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018;

4) Experiența de prestator de servicii medicale, acreditat la nivel național, cu durata de cel puțin 3 ani, cu excepția prestatorilor unici de servicii medicale din Republica Moldova și a prestatorilor ce acordă asistența medicală primară în conformitate cu actele normative în vigoare ce reglementează practica medicului de familie și asistență medicală specializată de ambulator, pentru persoanele înregistrate la medicul de familie.

8. Prestatorul de servicii medicale va întruni toate condițiile generale de eligibilitate a prestatorilor de servicii medicale.

9. Pentru anul 2019 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- 1) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- 2) asistența medicală primară;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator;
- 4) asistența medicală spitalicească;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu.

III. REPARTIZAREA MIJLOACELOR FONDURILOR ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU ACHITAREA SERVICIILOR MEDICALE

10. Administrarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează de Compania Națională de Asigurări în Medicină în condițiile legii, ținându-se cont de necesitatea acordării persoanelor asigurate a tipurilor de asistență medicală incluse în Programul unic, precum și acordării asistenței medicale prevăzute de legislație persoanelor neasigurate.

11. Mijloacele fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) se planifică a fi repartizate în procesul de contractare a tipurilor de asistență medicală, după cum urmează:

- 1) asistența medicală urgentă prespitalicească – 613 759,1 mii lei;
- 2) asistența medicală primară – 2 112 151,6 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 595 950,0 mii lei;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator – 561 276,9 mii lei;
- 4) asistența medicală spitalicească – 3 760 222,0 mii lei;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță – 220 888,0 mii lei;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 65 031,4 mii lei.

12. La contractarea prestatorilor de servicii medicale sumele contractuale vor fi ajustate în funcție de acumulările planificate și cele efectiv realizate în fondul de bază.

13. Pentru instituțiile medicale publice la care suma contractuală nu acoperă necesitățile de salariu, contractul va fi completat cu un rînd separat - „subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu”.

IV. PARTICULARITĂȚILE CONTRACTĂRII PE TIPURI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Asistența medicală urgentă prespitalicească

14. Reieșind din prioritățile stabilite, politicile Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în acest domeniu, unicul prestator de asistență medicală urgentă prespitalicească este Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, care dispune de capacități suficiente pentru prestarea serviciilor respective pentru toată populația republicii.

15. Metoda de plată în asistența medicală urgentă prespitalicească este plata „per capita”.

16. Tariful „per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 165,9113 lei.

Asistența medicală primară

17. Prestatorii de asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală vor fi contractați de către Compania Națională de Asigurări în Medicină,

numai în cazul cînd aceștia dispun de teritoriu sau localitate/localități de deservire, prevăzute în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale, precum și în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate, aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, fiind respectate principiile liberei alegeri a medicului de familie, precum și de acordare a asistenței medicale primare persoanelor înregistrate în listă, conform actelor normative în vigoare.

18. Filialele prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală vor avea cod propriu (cu includerea acestora în nomenclator).

19. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

- 1) plata „per capita” ajustată la risc de vîrstă;
- 2) bonificație pentru indicatori de performanță;
- 3) stimulente financiare pentru exercitarea independentă a profesiei de medic de familie stabilite în dependență de ariile geografice de deservire a practicii medicului de familie.

20. Suma contractuală la nivel de prestator de asistență medicală primară se formează din:

- suma *per capita* ajustată la risc de vîrstă;
 - suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță;
 - suma pentru stimulente financiare
- și, după caz:
- suma pentru acoperirea prevederilor pct.22 din Hotărîrea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

21. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la data de 30 septembrie 2018.

Pe parcursul anului, numărul persoanelor (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” va fi actualizat trimestrial, la situația ultimei zile a trimestrului, pentru a fi efectuată plata conform pct.61 alin.2).

22. Categoriile de vîrstă utilizate în cadrul ajustării sumelor *per capita* sunt:

- 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.

23. Tariful „*per capita*” constituie:

Categoria de vîrstă	Tarif
de la 0 – pînă la 4 ani 11 luni 29 zile	471,64 lei
de la 5 – pînă la 49 ani 11 luni 29 zile	277,44 lei
de la 50 ani și peste	416,16 lei

24. Bonificația pentru performanță prevede îndeplinirea indicatorilor de performanță aprobați prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

25. Criteriile de îndeplinire, modul de evaluare și plata indicatorilor de performanță se efectuează în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

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

27. Ariile geografice de acoperire a practicii medicului de familie utilizate în cadrul ajustării stimulentele financiare pentru exercitarea independentă a profesiei de medic de familie sunt:

Sector rural	4 sate și mai mult
	2-3 sate
	1 sat
Sector combinat	rural și urban (centre raionale)

28. Stimulele financiare pentru exercitarea independentă a profesiei de medic de familie se stabilesc după desemnare de către CNAM a prestatorilor în cadrul AOAM, după cum urmează:

Aria de deservire a practicii medicului de familie		% majorării sumei contractate pentru <i>per capita</i> ajustată la risc de vîrstă
		Practică vacantă (stimulent financiar pentru exercitarea independentă a profesiei de medic de familie pe o practică vacantă)
Sector rural	4 sate și mai mult	50
	2-3 sate	45
	1 sat	35
Sector combinat	rural și urban	25

29. Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor compensate de către medicii de familie, medicii endocrinologi, medicii neurologi, medicii psihiatri și medicii pediatri, conform principiului teritorial.

30. Compania va informa lunar, pînă la data de 25 a lunii respective de gestiune, prestatorul de servicii medicale despre volumul medicamentelor compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate.

31. Realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, se stabilește în funcție de Lista maladiilor și Lista medicamentelor, aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

32. Evidența investigațiilor paraclinice din Anexa nr.4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

Asistența medicală specializată de ambulator

33. Asistența medicală specializată de ambulator include:

- 1) asistența medicilor specialiști de profil;
- 2) asistența medicală stomatologică.

34. Asistența medicală stomatologică se împarte în:

1) asistența stomatologică acordată de prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău;

2) asistența stomatologică acordată de prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale.

35. 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”;
- „per ședință”;
- „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat”.

2) Pentru asistența medicală stomatologică acordată de prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău:

- „per capita”;
- „buget global”.

3) Pentru asistența medicală stomatologică acordată de prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raionale, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale:

- „per capita”.

36. 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 la prestatorii de asistență medicală primară, situate în teritoriul de deservire a prestatorului de asistență medicală specializată de ambulator la 30 septembrie 2018.

37. Pentru prestatorii care oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilește în baza tarifului „per capita”:

- 130,16 lei pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău (suma alocată nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de prestatorii de servicii medicale finanțați pe buget global);

- 141,62 lei pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți;

- 129,72 lei pentru prestatorii de servicii medicale raionali și din UTA Găgăuzia.

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

1) plata prin „buget global” – pentru instituțiile medico-sanitare republicane; Policlinica Cancelariei de Stat; Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău; Centrul Național de Epileptologie din cadrul Institutului de Medicină Urgentă; laboratorul național de referință al Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganuic”; laboratorul de referință al Spitalului Clinic Municipal Bălți; secția consultativă a Spitalului Clinic Municipal nr.1; acoperirea cheltuielilor de tratament al persoanelor asigurate și neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză în conformitate cu prevederile legislației în vigoare; laboratorul de referință al Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile; realizarea tratamentului medical oncologic, inclusiv chirurgie, chimioterapie și tratamentul hematologic în condiții de staționar de zi și ambulator; Centrul republican colonoscopic; serviciile de reabilitare a persoanelor slab văzătoare; serviciul de reabilitare medicală în oncologie; testele pentru aprecierea glicemiei; servicii de intervenție timpurie copiilor (de la naștere pînă la 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și pentru tratamentul de reabilitare a copiilor cu dizabilități neuro-locomotorii; Centrul de reabilitare medicală din cadrul Clinicii Universitare de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”; pungile colectoare pentru stome privind asigurarea pacienților stomizați (Institutul Oncologic);

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

3) plata „per vizită” – pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee în cadrul secției dispensar al Dispensarului Republican de Narcologie și/sau cabinetele narcologice din cadrul secțiilor consultative a spitalelor municipale și/sau raionale, persoanelor asigurate și neasigurate care suferă de dependență;

4) 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; exoproteze mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori maligne; proteze individuale și consumabile necesare pentru reabilitarea protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului și gâtului;

5) plata „per ședință” pentru serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic și serviciul dializă.

39. Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita surselor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale pentru finanțarea medicamentelor și dispozitivelor medicale achitate suplimentar.

40. Evidența investigațiilor paraclinice din Anexa nr.4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

41. Asistența stomatologică se finanțează prin:

1) „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial).

2) „*per capita*” pentru asistența stomatologică acordată de prestatorii care oferă servicii medicale după principiul teritorial:

- 13,72 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău (suma alocată nu prevede

acoperirea volumelor de asistență medicală acordată de prestatorii de servicii medicale finanțate pe buget global);

- 24,26 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun.Bălți, raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale.

Asistența medicală spitalicească

42. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

1) plata pe „*caz tratat*” în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) – pentru cazurile tratate acute și în chirurgia de zi;

2) plata pe „*caz tratat*” – pentru cazurile tratate cronice (geriatrie și reabilitare); transplantul de rinichi, ficat, cornee și scleră; procedura de fertilizare în vitro;

3) plata pe „*zi-pat*” pentru:

- asistența medicală pe profilul „*fiziatrie*”;

- îngrijirile medicale paliative prestate în condiții de spital/hospice;

4) plata per „*ședință*” pentru serviciul dializă;

5) plata pe „*buget global*” pentru:

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

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

- 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 fiziatrie;

- serviciul „*Aviasan*”;

- medicamentele achitate suplimentar cazului tratat;

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

- consumabilele costisitoare în cadrul programelor speciale stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

7) plata „*per ședință*” – pentru serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic.

43. Unitatea de măsură a activității spitalicești de scurtă durată este *Cazul Tratat*. Cazurile tratate pot fi acute, cronice și cazuri de chirurgie de zi. *Cazurile tratate acute* urmează a fi prestate în cadrul programelor de activitate spitalicească prevăzute de contract, stabilite prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

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

Cazurile tratate în chirurgia de zi sunt cazurile când pacientul este internat, operat și externat pînă la 24 ore.

44. Sunt eligibile pentru contractare platourile de activitate spitalicească care îndeplinesc următoarele cerințe:

1) pentru programul chirurgie:

- efectuarea anuală a cel puțin 500 intervenții chirurgicale, indicate în câmpul „*intervenție chirurgicală principală*” din aplicația informațională de raportare a datelor DRG;

- prezența a cel puțin un medic anesteziolog-reanimatolog angajat de bază în cadrul IMS;

2) pentru programul obstetrică:

- efectuarea anuală a cel puțin 300 nașteri;

- prezența a cel puțin un medic neonatolog și un medic anesteziolog-reanimatolog angajați de bază în cadrul IMS;

3) pentru programul de îngrijiri cronice:

- prezența secției îngrijiri cronice în organigrama aprobată de fondator;

- amplasarea fizică separată delimitată a secției îngrijiri cronice;

- angajarea/instruirea medicului reabilitolog/specialist cu pregătire în geriatrie/îngrijiri paliative.

45. Pentru spitalele rambursate în funcție de complexitate a cazurilor (DRG și CASE-MIX), în contract, pe fiecare program de activitate spitalicească se specifică:

- numărul limită de cazuri acute care pot fi prestate;
- ICM estimativ (pus la baza calculului sumei contractuale);
- tariful de bază;
- suma contractuală.

46. Pentru spitalele contractate pe îngrijiri cronice în contract se specifică:

- tariful per caz pentru activitate în geriatrie și reabilitare;
- tariful per zi pentru activitate de îngrijiri paliative în condiții de spital/hospice;
- suma totală pentru îngrijiri cronice.

47. 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 MSMPS și CNAM.

48. Contractarea asistenței medicale spitalicești pe profilurile de lungă durată (*psihiatrie, narcologie, psihiatrie concomitent cu fizioterapie*) se realizează în cadrul prestatorilor de servicii medicale, stabilite în actele normative în vigoare.

49. Serviciile prestate în departamentele de medicină urgentă, unitățile de primire urgentă specializată, unitățile primire urgentă (Institutul de Medicină Urgentă, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V. Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, Spitalul Clinic Municipal Boli Contagioase Copii, Spitalul Clinic Municipal Bălți, Institutul Mamei și Copilului, Spitalul Raional Cahul, Spitalul Raional Soroca, Spitalul Raional Orhei, Spitalul Raional Hîncești, Spitalul Raional Căușeni, Spitalul Raional Edineț, Spitalul Raional Ungheni, Spitalul Raional Comrat), dar și secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate se contractează separat.

50. Contractul pentru serviciul dializă va specifica numărul de ședințe, tariful ședinței și suma contractuală pentru prestarea serviciilor de hemodializă. Suma contractuală destinată dializei cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului și transportul public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei.

51. Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita surselor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale pentru finanțarea medicamentelor achitate suplimentar cazului tratat.

52. Suplimentar plății pe „caz tratat” în cadrul sistemului DRG sunt acoperite cheltuielile pentru consumabilele costisitoare în cadrul programelor speciale stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Servicii medicale de înaltă performanță

53. Contractarea prestatorilor de servicii medicale de înaltă performanță este bazată pe necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate pe anul 2019.

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

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

55. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu este:

- 1) plata „*per vizită*”;
- 2) plata pe „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

56. Bonificația pentru indicatorii de performanță în cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor prevede îndeplinirea indicatorilor de performanță aprobați prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

57. Criteriile de îndeplinire, modul de evaluare și plata indicatorilor de performanță pentru serviciile prestate în cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor se efectuează în modul

stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

58. Pilotarea finanțării în baza performanței în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală prevede îndeplinirea indicatorilor de performanță aprobați prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

59. Criteriile de îndeplinire, modul de evaluare și plata indicatorilor de performanță pentru servicii prestate în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală se efectuează în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

V. MODALITATEA DE ACHITARE A SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE

60. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale urgente prespitalicești* se efectuează:

1) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale, achitare integrală în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excluderea sumelor achitate anterior.

61. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale primare* se efectuează:

1) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale:

- achitare integrală, în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excepția sumei per capita ajustată la risc de vîrstă și bonificației pentru indicatori de performanță, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală în mărime de 1/4 din suma per capita ajustată la risc de vîrstă, calculată în baza numărului total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la situația ultimei zile a trimestrului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală în mărime de 1/4 din suma stimulentei prestatorilor de asistență medicală primară care vor exercita independent profesiunea de medic de familie în formele de organizare a activității profesionale prevăzute de legislație, conform criteriilor stabilite de actele normative în vigoare, cu excluderea sumelor achitate anterior;

3) plata bonificației pentru indicatori de performanță se efectuează în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină;

4) medicamentele compensate se achită lunar în baza facturilor fiscale prezentate de instituțiile farmaceutice contractate la valoarea integrală a lor;

62. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* se efectuează:

1) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală, cu excepția sumei prevăzute pentru medicamentele și dispozitivele achitate suplimentar;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale:

- achitare integrală în mărime de 1/4 din suma contractuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metodele de plată „buget global” și „per capita”, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- suma pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator a bolnavilor cu tuberculoză, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată de centrele de reabilitare a bolnavilor de narcomanie, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

3) medicamentele și dispozitivele achitate suplimentar se achită lunar în baza facturilor fiscale și documentelor justificative prezentate, în limita sumei contractuale.

63. Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale spitalicești se efectuează:

1) 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, cu excepția sumelor prevăzute pentru consumabilele costisitoare și medicamentele achitate suplimentar cazului tratat;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale:

- achitare integrală pentru îndeplinirea cazurilor tratate acute, cronice și chirurgie de zi, calculată în baza numărului de cazuri tratate acute și chirurgie de zi raportate și validate și a numărului de cazuri tratate cronice/zile-pat prestate pacienților asigurați, cu plafonarea numărului-limită de cazuri tratate și a sumei pentru fiecare program, în limita la 1/4 din suma contractuală totală destinată cazurilor tratate acute, cronice și chirurgie de zi, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală în mărime de 1/4 din suma contractuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „buget global”, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru asistența medicală pe profilul „ftiziatrie”, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru transplantul de rinichi, ficat, corpee și scleră, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru procedurile de fertilizare in vitro, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru serviciile de hemodializă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

3) consumabilele costisitoare se achită lunar în baza facturilor fiscale și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate în luna precedentă, în limita sumei contractuale;

4) medicamentele achitate suplimentar cazului tratat se achită în baza facturilor fiscale și documentelor justificative prezentate, în limita sumei contractuale.

64. Achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță se efectuează:

1) 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;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale:

- achitare integrală pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță în afara programelor naționale, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

- achitare integrală pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță în cadrul programelor naționale, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

65. Achitarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu se efectuează:

1) 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;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor fiscale:

- achitare integrală în mărime de 1/4 din suma contractuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „buget global”, cu excluderea sumelor achitate anterior;
- achitare integrală pentru acordarea îngrijirilor medicale și îngrijirilor medicale paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

3) plata bonificației pentru indicatorii de performanță în cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, precum și pentru pilotarea finanțării în baza performanței în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală se efectuează în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

66. Cheltuielile privind încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației se finanțează lunar în baza facturilor fiscale și rapoartelor prezentate privind retribuirea muncii, contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii și primele de asigurări obligatorii de asistență medicală calculate medicilor rezidenți din cadrul prestatorilor de servicii medicale, în limita sumei contractuale.

67. Sumele incluse în factura fiscală pentru achitarea serviciilor medicale, prezentată în adresa Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, vor coincide cu sumele ce urmează a fi îndreptate spre plată, calculate conform metodologiei descrise în acest capitol.

68. 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 la 1/12 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului.

VI. MODALITATEA DE NEVALIDARE A SERVICIILOR MEDICALE

69. În cadrul nevalidării serviciilor medicale, echivalentul bănesc al acestor servicii urmează a fi exclus din suma achitată prestatorilor de servicii medicale 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.

70. Nevalidarea serviciilor medicale se va efectua în conformitate cu prevederile „Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, aprobat prin ordinul CNAM nr.71-A din 23.02.2018.

VII. PROCEDURA DE NEGOCIERE ȘI DE SOLUȚIONARE A LITIGIILOR

71. Litigiile care nu pot fi soluționate în cadrul negocierilor sunt examinate în ședințele comisiei de mediere constituite din reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și prestatorului de servicii medicale.

VIII. DISPOZIȚII FINALE

72. Prestatorii de servicii medicale pe parcursul a 30 zile lucrătoare din data semnării contractelor vor prezenta pentru coordonare Fondatorului și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (Agenției teritoriale) devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan) pentru anul 2019, precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract, conform formularului aprobat. La devizul menționat și la modificările acestuia vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

73. 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, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină, inclusiv pentru stimularea lucrătorilor medicali care nemijlocit au contribuit la îndeplinirea acestora.

74. Prestatorii de servicii medicale planifică proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune.

75. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractat se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor destinate unui tip de asistență medicală pentru altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare pînă la finele perioadei de raportare (30 iunie, 31 decembrie).

76. Semnarea contractelor de acordare a asistenței medicale din partea prestatorului de servicii medicale este efectuată de persoana înregistrată la Agenția Servicii Publice în calitate de administrator. În perioada absenței temporare a administratorului (concediu de odihnă, concediu de boală, delegație, deplasare, suspendare din funcție), contractele pot fi semnate de persoana împuternicită prin Decizia fondatorului (pentru prestatorii publici de servicii medicale) sau Ordinul conducătorului (pentru prestatorii privați de servicii medicale).

77. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.