



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

**ORDIN**  
**privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare**  
**în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală**  
**pentru anul 2017**

**nr. 1076/720A din 30.12.2016**

*Monitorul Oficial nr.19-23/68 din 20.01.2017*

\* \* \*

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 2017 nr.285 din 16 decembrie 2016, 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 al Regulamentului 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 Statut, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002,

**ORDONĂ :**

1. Se aprobă Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017 (în continuare – Criterii de contractare), 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 Criteriilor de contractare aprobate prin prezentul ordin.

3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să afișeze în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori informația privind numărul contractului și data 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 2017.

4. Prezentul ordin intră în vigoare la 01.01.2017.

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

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

Ruxanda GLAVAN

DIRECTORUL GENERAL AL CNAM

Dmitrii PARFENTIEV

Nr.1076/720A. Chișinău, 30 decembrie 2016.

**CRITERIILE DE CONTRACTARE**  
**a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării**  
**obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017**

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017 (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 2017, nr.285 din 16 decembrie 2016 și 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.

2. Criteriile de contractare stabilesc:

- 1) principiile care stau la baza încheierii contractelor cu instituțiile medico-sanitare;
- 2) condițiile de contractare a instituțiilor medico-sanitare;
- 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;
- 7) procedura negocierilor și soluționare a litigiilor.

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 repartiție a surselor fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente, conform necesităților populației;
- 3) garantarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale incluse în Programul unic, inclusiv prin reducerea rîndurilor de așteptare;
- 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 2017;
- 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) Instituție medicală acreditată, iar pentru prestatorii privați și licențiată;
- 2) Disponibilitatea resurselor umane angajate la locul de bază în instituție pentru profilul/serviciul solicitat pentru contractare, specificat în oferta instituției medicale prezentată la contractare;

3) Lipsa condiționării plăților suplimentare în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2016;

4) Experiența de prestator de servicii medicale, licențiat și/sau acreditat, cu durata de cel puțin 3 ani, cu excepția prestatorilor unici de servicii medicale din Republica Moldova și a instituțiilor medico-sanitare ce acordă asistență 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.

*[Pct.7 completat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.243/122A din 27.03.2017, în vigoare 27.03.2017]*

*[Pct.7 completat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.189/93A din 10.03.2017, în vigoare 10.03.2017]*

**8. Condițiile speciale de contractare a prestatorilor de servicii medicale sunt:**

1) Instituțiile medico-sanitare care activează în baza principiului de deservire teritorială a populației și dispun de capacitățile necesare pentru prestarea serviciilor de înaltă performanță, vor asigura prestarea acestor servicii pentru populația înregistrată conform bazei de date a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în cadrul aceleiași instituții, reieșind din capacitatea instituției și limitele stabilite în Contractul de prestare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;

2) Prestarea serviciilor care nu sunt prestate de alte instituții medicale, care sunt incluse în serviciile acoperite în cadrul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală conform necesităților populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate pe anul respectiv, stabilite de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină;

3) Lipsa altor prestatori de servicii de acest tip în unitatea teritorială administrativă pentru serviciile solicitate a fi contractate.

**9.** Instituția medico-sanitară va întruni toate condițiile generale de eligibilitate a prestatorilor de servicii medicale. Prioritate în procesul de contractare vor avea cei care vor întruni unul sau mai multe din condițiile speciale de contractare a prestatorilor de servicii medicale.

**10.** Ministerul Sănătății, în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicina, stabilește anual, înainte de începerea procesului de contractare, reieșind din prevederile politicilor naționale în domeniul sănătății, necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate pe anul respectiv.

**11.** Pentru anul 2017 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**

**12.** 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.

**13.** 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 – 524381,5 mii lei;
- 2) asistența medicală primară – 1882576,6 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 522431,3 mii lei;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator – 427190,5 mii lei;
- 4) asistența medicală spitalicească – 3027433,6 mii lei;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță – 184108,7 mii lei;

6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 9220,6 mii lei.

14. Plafoanele de cheltuieli indicate în pct.13 vor fi ajustate la contractare în funcție de acumulările planificate și cele efectiv realizate în fondul de bază.

#### IV. PARTICULARITĂȚILE CONTRACTĂRII PE TIPURI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

##### *Asistența medicală urgentă prespitalicească*

15. Reieșind din prioritățile stabilite, politicile Ministerului Sănătății 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.

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

17. 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 18 decembrie 2016.

18. Tariful „per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 156,14 lei.

Suma anuală destinată contractării după metoda „per capita” constituie 524316,6 mii lei.

19. Suma de 80,2 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

##### *Asistența medicală primară*

20. 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, numai în cazul când acestea dispun de teritoriu sau localitate/localități de deservire, prevăzute în Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice, precum și în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate, aprobate de Ministerul Sănătății, 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.

21. 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).

22. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

- 1) plata „per capita” ajustată la risc de vîrstă;
- 2) bonificație pentru indicatori de performanță;
- 3) plata pe „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

23. Suma contractuală la nivel de instituție medico-sanitară destinată pentru asistența medicală primară se formează din:

- suma *per capita* ajustată la risc de vîrstă;
  - suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță;
- și după caz:
- suma pentru activitățile specifice centrelor de sănătate de nivel raional și Asociațiilor Medicale Teritoriale;
  - „bugetul global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală;
  - suma pentru acoperirea prevederilor pct.22 din Hotărîrea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

24. Instituțiile medico-sanitare asigură prescrierea medicamentelor compensate populației întregului raion în limite sumelor de referință stabilite.

În scopul îmbunătățirii accesului populației la medicamente compensate nu se aplică plafonarea strictă a volumului de cheltuieli pentru prescrierea medicamentelor compensate per fiecare instituție medico-sanitară. Astfel, se introduc sumele de referință per fiecare unitate administrativ-teritorială

(raion), care pot fi revizuite pe parcursul anului de gestiune, avînd în vedere dinamica și structura prescrierii medicamentelor compensate.

**25.** 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 18 decembrie 2016.

Pe parcursul anului, numărul persoanelor (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” va fi actualizat trimestrial, la situația ultimei zile a trimestrului, pentru a fi efectuată plata conform pct.72 alin.2).

**26.** 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.

**27.** Tariful „*per capita*” constituie:

Categoria de vîrstă	Tarif
de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile	457,56 lei
de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile	269,16 lei
de la 50 ani și peste	403,72 lei

Suma destinată contractării după metoda „*per capita*” constituie 1082598,4 mii lei.

**28.** Bonificația pentru performanță prevede îndeplinirea următorilor indicatori:

### **I. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor cardiovasculare**

#### **1. Evaluarea riscului cardiovascular cu instrumentul SCORE**

**Indicatorul 1.** Rata persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40 și 65 ani, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a efectuat indicele SCORE.

**Ținta anuală** constituie 70% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40-65 ani din listă, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 32 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 55% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40-65 ani din listă, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 24 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 17,5% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40-65 ani din lista de capitație, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 13,75% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta cuprinsă între 40-65 ani din lista de capitație, fără complicații cardiovasculare (infarct miocardic, AVC). Valoarea realizării indicatorului constituie 6 puncte pentru subținta trimestrială.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine plata subțintei anuale realizate, sau plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

#### **2. Educația persoanelor la risc de boală cardiovasculară și a celor cu hipertensiune arterială (HTA)**

**Indicatorul 2.** Rata pacienților la risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA, instruiți prin programul „Școala pacientului cardiovascular”.

**Ținta anuală** constituie 50% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 28 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 35% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 12,5% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 7 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 8,75% din numărul pacienților cu risc identificat conform indicelui SCORE și a pacienților cu HTA din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru subținta trimestrială.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

### ***3. Tratatamentul persoanelor cu hipertensiune arterială (HTA)***

**Indicatorul 3.** Rata pacienților cu HTA aflați în evidență și care primesc tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic național.

**Ținta anuală** constituie 45% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație primesc tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 108 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 30% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație primesc tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 70 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 11,5% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație primesc tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 27 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 7,5% din numărul total de pacienți cu HTA din lista de capitație primesc tratament conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 18 puncte pentru subținta trimestrială. Neîndeplinirea subțintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

### ***4. Scăderea riscului de accident vascular cerebral***

**Indicatorul 4.** Rata pacienților cu fibrilație atrială la risc de AVC anticoagulați conform instrumentului de screening.

**Ținta anuală** constituie 30% din pacienții cu fibrilație atrială la risc de AVC din lista de capitație sunt tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 20% din pacienții cu fibrilație atrială la risc de AVC din lista de capitație sunt tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 7,5% din pacienții cu fibrilație atrială la risc de AVC din lista de capitație sunt tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 2 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 5% din pacienții cu fibrilație atrială la risc de AVC din lista de capitație sunt tratați cu medicație anticoagulantă conform protocolului pe parcursul anului. Valoarea

realizării indicatorului constituie 1 punct pentru subținta trimestrială. Neîndeplinirea subțintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

### **5. Controlul tensiunii arteriale la pacientul hipertensiv**

**Indicatorul 5.** Rata pacienților cu HTA aflați în evidență și tratament antihipertensiv care au valori ale TA menținute < 140/90 mm Hg.

**Ținta anuală** constituie 40% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 144 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 25% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului. Valoarea realizării indicatorului constituie 88 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 40% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul trimestrului. Valoarea realizării indicatorului constituie 36 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 25% din pacienții cu HTA aflați în evidență și cu tratament antihipertensiv din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul trimestrului. Valoarea realizării indicatorului constituie 22 puncte pentru subținta trimestrială. Neîndeplinirea subțintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

### **6. Reducerea morbidității și mortalității evitabile prin complicațiile bolilor cardiovasculare<sup>1</sup>**

**Indicatorul 6.** Rata evitării complicațiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt și foarte înalt conform indicelui SCORE și pacienți cu CIC (cardiopatie ischemică cronică), HTA, FIA (fibrilație atrială).

#### **Modalitate de calcul a țintei anuale**

$$\Sigma [\text{Rata IMA+AVC (boli și decese) la persoane vîrsta 40/75 la 1000 loc*\% din total populație cu vîrsta între 40-75 din anul anterior}] / [\text{Rata IMA+AVC (boli și decese) 40/75 la 1000 loc * \% din total pop. cu vîrsta între 40-75 din anul curent}]$$

<sup>1</sup> Numărul de puncte acordate se stabilește la finele anului.

## **II. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea diabetului zaharat**

### **1. Rata adulților la care s-a evaluat riscul de diabet zaharat tip 2 (DZ) cu instrumentul standardizat de calcul al riscului**

**Indicatorul 1.** Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului

**Ținta anuală** constituie 70% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta  $\geq 40$  ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 72 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 55% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta  $\geq 40$  ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 56 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 17,5% din 1/5 din numărul persoanelor cu vîrsta  $\geq 40$  ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 18 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 13,75% din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta  $\geq 40$  ani din lista de capitație, evaluate pentru riscul de DZ. Valoarea realizării indicatorului constituie 14 puncte pentru subșinta trimestrială. Neîndeplinirea subșintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

## ***2. Educația persoanelor cu diabet zaharat și la risc înalt de diabet zaharat (DZ)***

**Indicatorul 2.** Rata pacienților cu DZ și a persoanelor la risc înalt ( $>15$ ) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul Școala pacientului diabetic și a persoanei la risc de diabet.

**Ținta anuală** constituie 50% din persoanele la risc identificate anual + număr pacienți cu DZ + pacienți la risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 12 puncte pentru ținta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 40% din persoanele la risc identificate anual + număr pacienți cu DZ + pacienți la risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru subșinta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 12,5% din persoanele la risc identificate anual + număr pacienți cu DZ + pacienți la risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 10% din persoanele la risc identificate anual + număr pacienți cu DZ + pacienți la risc înalt de a dezvolta DZ tip 2 din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 2 puncte pentru subșinta trimestrială. Neîndeplinirea subșintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

## ***3. Supravegherea pacientului cu DZ***

**Indicatorul 3.** Rata pacienților cu DZ aflați în evidență care au valori ale HbA1C menținute  $\leq 6-7\%$ .

**Ținta anuală** constituie 40% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru ținta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 25% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 15 puncte pentru subșinta anuală.

**Ținta semestrială** constituie 40% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru ținta semestrială.

**Subșinta semestrială** constituie 25% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute între 6 și 7%. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru subșinta semestrială. Neîndeplinirea subșintei semestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a semestrului în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a semestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

## ***4. Reducerea morbidității evitabile prin complicațiile diabetului zaharat<sup>1</sup>***

**Indicatorul 4.** Rata evitării complicațiilor specifice la pacienții cu DZ.

**Modalitate de calcul a țintei anuale**



$\Sigma$  [Rata complicații DZ (amputații) adulți la 1000 loc. \* % din total pop. adulta din anul anterior]/  
[Rata complicații DZ(amputații) adulți la 1000 loc. \* % din total pop. adulta din anul curent]  
<sup>1</sup>Numărul de puncte acordate se stabilește la finele anului.

### **III. Cancerul**

#### **1. Depistarea precoce a cancerului mamar**

**Indicatorul 1.** Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani.

**Ținta anuală** constituie 50% din 1/2 din femeile cu vârste cuprinse între 50-69 ani din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 28 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 40% din 1/2 din femeile cu vârste cuprinse între 50-69 ani din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 12,5% din 1/2 din femeile cu vârste cuprinse între 50-69 ani din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 7 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 10% din 1/2 din femeile cu vârste cuprinse între 50-69 ani din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru subținta trimestrială. Neîndeplinirea subținte trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subținte anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea ținte anuale atrage după sine fie plata subținte, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

#### **2. Depistarea precoce a cancerului de col uterin**

**Indicatorul 2.** Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau la interval de 3 ani.

**Ținta anuală** constituie 60% din 1/3 din populația eligibilă, femei cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau. Valoarea realizării indicatorului constituie 68 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 45% din 1/3 din populația eligibilă, femei cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau. Valoarea realizării indicatorului constituie 52 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 15% din 1/3 din populația eligibilă, femei cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau. Valoarea realizării indicatorului constituie 17 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 11,25% din 1/3 din populația eligibilă, femei cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau. Valoarea realizării indicatorului constituie 13 puncte pentru subținta trimestrială. Neîndeplinirea subținte trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subținte anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

#### **3. Depistarea precoce a cancerului de colon**

**Indicatorul 3.** Rata adulților în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul pentru evaluarea riscului și la care s-a efectuat un test de evidențiere a hemoragiilor oculte în fecale o dată la 2 ani.

**Ținta anuală** constituie 50% din 1/2 din populația la risc (numărul adulților cu vârste cuprinse între 40-75 ani din lista de capitație). Valoarea realizării indicatorului constituie 12 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 40% din 1/2 din populația la risc (numărul adulților cu vârste cuprinse între 40-75 ani din lista de capitație). Valoarea realizării indicatorului constituie 8 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 12,5% din 1/2 din populația la risc (numărul adulților cu vârste cuprinse între 40-75 ani din lista de capitație). Valoarea realizării indicatorului constituie 2 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 10% din 1/2 din populația la risc (numărul adulților cu vârste cuprinse între 40-75 ani din lista de capitație). Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru subșinta trimestrială. Neîndeplinirea subșintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

#### **IV. Tuberculoză (TBC)**

##### **1. Depistarea activă a populației aflată la risc de a face TBC**

**Indicatorul 1.** Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB.

**Ținta anuală** constituie 85% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 60 puncte pentru ținta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 70% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 48 puncte pentru subșinta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 21,25% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 15 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 17.5% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 12 puncte pentru subșinta trimestrială. Neîndeplinirea subșintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

##### **2. Evaluare finalizare tratament (DOTS)**

**Indicatorul 2.** Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS.

**Ținta anuală** se calculează conform formulei (% cazuri TBC \* 85%) + (% cazuri MDR-TBC \* 50%) din număr pacienți cu TBC care au finalizat tratamentul (DOTS) conform protocoalelor în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 108 puncte pentru ținta anuală.

**Subșinta anuală** se calculează conform formulei (% cazuri TBC \* 85%) + (% cazuri MDR-TBC \* 50%) din număr pacienți cu TBC care au finalizat tratamentul (DOTS) conform protocoalelor în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 108 puncte pentru subșinta anuală.

**Ținta trimestrială** se calculează conform formulei (% cazuri TBC \* 21.25%) + (% cazuri MDR-TBC \* 12.5%) din număr pacienți cu TBC care au finalizat tratamentul (DOTS) conform protocoalelor în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 27 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** se calculează conform formulei (% cazuri TBC \* 21.25%) + (% cazuri MDR-TBC \* 12.5%) din număr pacienți cu TBC care au finalizat tratamentul (DOTS) conform protocoalelor în vigoare. Valoarea realizării indicatorului constituie 27 puncte pentru subșinta trimestrială.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subșintei fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea subșintei semestriale = 0 puncte.

#### **V. Gravide și sănătatea reproducerii (contracepția)**

##### **1. Rata gravidelor care au efectuat toate vizitele<sup>2</sup> de monitorizare în termenele stabilite**

**Indicatorul 1.** Rata gravidelor din totalul gravidelor care au fost monitorizate conform protocolului.

**Ținta anuală** constituie 85% din numărul gravidelor luate la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 76 puncte pentru ținta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 70% din numărul gravidelor luate la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 64 puncte pentru subșinta anuală.

**șinta trimestrială** constituie 21,25% din numărul gravidelor luate la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 19 puncte pentru șinta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 17,5% din numărul gravidelor luate la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 16 puncte pentru subșinta trimestrială.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea șintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/șinta a fost realizată.

<sup>2</sup> Vizitele cuprind aplicarea întregului standard de supraveghere a gravidei, de la luarea în evidență, la urmărirea trimestrială, lunară, la investigațiile necesare etc.

## **2. CTP reducerea sarcinilor nedorite prin contracepție**

**Indicatorul 2.** Rata femeilor la risc cu vârsta pînă la 35 ani care primesc servicii contraceptive conform protocolului.

**șinta anuală** constituie 25% din femeile la risc în vârsta pînă la 35 de ani din lista de capitație primesc diverse produse de contracepție. Valoarea realizării indicatorului constituie 76 puncte pentru șinta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 20% din femeile la risc în vârsta pînă la 35 de ani din lista de capitație primesc diverse produse de contracepție. Valoarea realizării indicatorului constituie 60 puncte pentru subșinta anuală.

**șinta trimestrială** constituie 6,25% din femeile la risc în vârsta pînă la 35 de ani din lista de capitație primesc diverse produse de contracepție. Valoarea realizării indicatorului constituie 19 puncte pentru șinta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 5% din femeile la risc în vârsta pînă la 35 de ani din lista de capitație primesc diverse produse de contracepție. Valoarea realizării indicatorului constituie 15 puncte pentru subșinta trimestrială.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea șintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/șinta a fost realizată.

## **VI. Copiii**

### **1. Supravegherea copilului 0–1 an**

**Indicator 1.** Rata copiilor 0–1 ani din totalul copiilor 0–1 ani care au efectuat toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite de protocelele clinice naționale

**șinta anuală** constituie 85% din copii 0-1 an luați la evidență din lista de capitație monitorizați conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 88 puncte, pentru șinta anuală.

**Subșinta anuală** constituie 70% din copii 0-1 an luați la evidență din lista de capitație monitorizați conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 72 puncte pentru subșinta anuală.

**șinta trimestrială** constituie 21,25% din copii 0-1 an luați la evidență din lista de capitație monitorizați conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 22 puncte pentru șinta trimestrială.

**Subșinta trimestrială** constituie 17,5% din copii 0-1 an luați la evidență din lista de capitație monitorizați conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 18 puncte pentru subșinta trimestrială.

Neîndeplinirea subșintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subșinta a fost realizată.

Neîndeplinirea șintei anuale atrage după sine fie plata subșintei, fie plata doar a trimestrelor în care subșinta/șinta a fost realizată.

## **2. Eficacitatea prevenției prin vaccinare a copiilor sub 1 an**

**Indicatorul 2.** Rata copiilor care au împlinit 1 an și care au efectuat schema de vaccinare completă.

**Ținta anuală** constituie 95% din copiii de 1 an aflați la evidență din lista de capitație sunt vaccinați, conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 56 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** trimestrială 90% din copiii de 1 an aflați la evidență din lista de capitație sunt vaccinați, conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 52 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 23,75% din copiii de 1 an aflați la evidență din lista de capitație sunt vaccinați, conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 14 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 22,5% din copiii de 1 an aflați la evidență din lista de capitație sunt vaccinați, conform protocolului. Valoarea realizării indicatorului constituie 13 puncte pentru subținta trimestrială.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plata doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea subțintei semestriale = 0 puncte.

## **3. Screeningul pentru autism la copilul 18-24 luni**

**Indicatorul 3.** Rata copiilor 18-24 luni la care s-a efectuat screening-ul complet al autismului conform standardelor clinice naționale.

**Ținta anuală** constituie 50% din total copii în vârstă de 18-24 luni luați la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru ținta anuală.

**Subținta anuală** constituie 40% din total copii în vârstă de 18-24 luni luați la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru subținta anuală.

**Ținta trimestrială** constituie 12,5% din total copii în vârstă de 18-24 luni luați la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 puncte pentru ținta trimestrială.

**Subținta trimestrială** constituie 10% din total copii în vârstă de 18-24 luni luați la evidență din lista de capitație. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 punct pentru subținta trimestrială.

Neîndeplinirea subțintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care subținta a fost realizată.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine fie plata subțintei, fie plată doar a trimestrelor în care subținta/ținta a fost realizată.

Neîndeplinirea subțintei semestriale = 0 puncte.

**Notă.** Evaluarea și plata indicatorilor se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

**29.** Suma pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță constituie 190484,0 mii lei.

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

**31.** 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.

**32.** Activitățile specifice Centrelor de Sănătate de nivel raional și Asociațiilor Medicale Teritoriale, după caz, sunt:

- 1) generalizarea datelor statistice la nivel teritorial;
- 2) deservirea de către pediatru a copiilor din întreg teritoriul administrativ;
- 3) coordonarea activității din domeniul mamei și copilului la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ;
- 4) deservirea și coordonarea activității din domeniul sănătății reproducerii și planificării familiei la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ;
- 5) coordonarea examinării profilactice ginecologice și screening-ului de col uterin la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ;

- 6) asistența cu medicamente compensate pentru întreg teritoriul administrativ;
- 7) coordonarea și controlul calității a serviciilor de laborator din întreg teritoriul administrativ;
- 8) acordarea suportului consultativ-metodic privind organizarea asistenței medicale primare populației;

9) coordonarea activității de promovare a sănătății, generalizare informație la nivel raion.

**33.** Suma pentru activitățile specifice centrelor de sănătate de nivel raional și Asociațiilor Medicale Teritoriale se calculează după principiul per capita pentru populația, inclusiv arondată a Centrelor de Sănătate autonome din teritoriul respectiv, tariful constituind 10 lei. Suma constituie 33579,9 mii lei.

**34.** Suma pentru Centrele de sănătate prietenoase tinerilor constituie 21200,1 mii lei.

**35.** Suma pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală constituie 23062,4 mii lei.

**36.** Suma pentru IMSP, indicate la pct.22 din Hotărârea Guvernului nr.837 din 06.07.2016, constituie 2 787,5 mii lei.

**37.** Prescrierea medicamentelor compensate se efectuează de către instituțiile medico-sanitare în limitele sumei de referință stabilite pentru fiecare unitate administrativ-teritorială în fiecare an de gestiune în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.1372 din 23.12.2005 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

Sumele de referință sunt calculate pentru fiecare unitate administrativ-teritorială. Prin urmare, prescrierea medicamentelor compensate se organizează în limitele stabilite pentru fiecare raion pentru asigurarea cu medicamente necesare a populației întregului raion.

**38.** Metodologia de calcul a sumelor de referință per fiecare unitate administrativ-teritorială (raion) pentru prescrierea medicamentelor compensate în anul 2017 este următoarea:

a) reieșind din analiza structurii și dinamicii cheltuielilor pentru medicamente compensate din anii 2015-2016 se determină cota cheltuielilor pentru preparate antidiabetice injectabile (insuline umane), preparate anticonvulsivante și psihotrope în volumul total de cheltuieli pentru medicamente compensate;

b) procentul/cota calculată se aplică la fondul total planificat pentru medicamente compensate pentru anul 2017 și se estimează volumul de cheltuieli (lei) pentru fiecare grupă de preparate sus-menționate (antidiabetice injectabile (insuline umane), preparate anticonvulsivante și psihotrope);

c) sumele de referință pentru fiecare raion se calculează, reieșind din numărul raportat de pacienți-beneficiari de medicamente compensate în raionul respectiv și suma medie calculată per fiecare beneficiar de medicamente compensate.

Sumele de referință pentru prescrierea medicamentelor compensate psihotrope, anticonvulsivante, antidiabetice injectabile (insuline umane) se estimează, reieșind din numărul de persoane asigurate și neasigurate diagnosticați cu boli psihice (demență, schizofrenie, tulburare afectivă bipolară), boala Parkinson, epilepsie, diabet zaharat tip I/tip II (insulino-dependenți/necesitanți), conform datelor prezentate de către instituțiile medico-sanitare, datelor oferite de către Centrul Național de Management în Sănătate și informației extrase din sistemul informațional „Medicamente compensate”.

d) cheltuielile pentru medicamente compensate necesare tratamentului episodic organizat în cadrul staționarului de zi/cabinete de proceduri/la domiciliu și medicamente pentru tratamentul de durată (excepție boli psihice, epilepsie, diabet zaharat tip I/tip II pacienți insulinonecesitanți) sunt estimate în baza calculului „per capita”, și anume:

- din fondul total alocat pentru medicamente compensate în anul de gestiune se diminuează suma calculată pentru finanțarea preparatelor antidiabetice injectabile (insuline umane), preparate psihotrope, anticonvulsivante;

- sumele de referință pentru prescrierea medicamentelor sus-menționate sunt determinate, reieșind din numărul total de persoane asigurate 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” și suma medie calculată per fiecare persoană asigurată (beneficiar de medicamente compensate).

În scopul precizării sumelor de referință per fiecare unitate administrativ-teritorială (raion/AMT), calculul efectuat va fi analizat și ajustat în temeiul datelor despre dinamica prescrierii medicamentelor compensate de către IMS în anul 2016 (consumul pentru perioada 10 luni 2016).

**39.** Sumele de referință pentru fiecare unitate administrativ-teritorială (raion) în fiecare an de gestiune se stabilesc prin ordinul CNAM, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.1372 din 23.12.2005 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

În cazul când pe parcursul anului de gestiune se preconizează sau se constată supraexecutarea sau neexecutarea sumei de referință planificate pentru anumit raion, aceasta poate fi revăzută prin modificarea sumei aprobate în ordinul CNAM.

**40.** 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 și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

**41.** Suma de 6433,0 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

#### **Asistența medicală specializată de ambulator**

**42.** Asistența medicală specializată de ambulator include:

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

**43.** Asistența medicală stomatologică se împarte în:

- 1) asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău;
- 2) asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți, raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale.

**44.** 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 serviciu”;
  - „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat”.
- 2) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău:
  - „per capita”;
  - „buget global”.
- 3) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți, raionale, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale:
  - „per capita”.

**45.** 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 18 decembrie 2016.

**46.** 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”, achitat în limita sumei de 279330,3 mii lei în mărime de:

- 125,44 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);
- 137,0 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți;
- 125,48 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.

**47.** 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 Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova; Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău; Serviciul Ambulator de Traumatologie și Ortopedie și Centrul Național de Epileptologie din cadrul Institutului 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; acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor asigurate și neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză în conformitate cu prevederile legislației în vigoare; laboratorul de referință a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile; realizarea tratamentului medical oncologic (chimioterapie) în condiții de ambulator (îngrijiri de zi); Centrul republican colonoscopic; serviciile de reabilitare a persoanelor slab văzătoare; testele pentru aprecierea glicemiei la copii; servicii de intervenție timpurie copiilor (de la naștere pînă la 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit;

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 de substituție cu clorură de metadonă pentru utilizatorii de droguri injectabili în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor asigurate și neasigurate care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală a Dispensarului Republican de Narcologie;

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 serviciu” pentru tratamentul de reabilitare a copiilor cu dizabilități neuro-locomotorii.

Finanțarea prestatorilor menționați mai sus este stabilită în limita sumei de 89622,2 mii lei.

**48.** Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 56681,1 mii lei, inclusiv:

1) finanțarea prin „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma constituie 13622,9 mii lei.

2) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare care oferă după principiul teritorial în limita sumei de 42975,4 mii lei în mărime de:

- 12,52 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău (suma alocată nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global);

- 22,12 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți, IMS raionale, din UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale;

3) suma de 82,8 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.22 din Hotărîrea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

**49.** Suma de 1556,9 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

### **Asistența medicală spitalicească**

**50.** Contractarea prestatorilor de asistență medicală spitalicească 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 2017.

**51.** În scopul asigurării efectuării plăților în avans a prestatorilor de asistență medicală spitalicească, contractarea acestora va fi efectuată în 2 etape:

1) I etapă (decembrie 2016) – conform principiilor de contractare prevăzute în anul 2016;

2) II etapă (ianuarie-februarie 2017) – negocierea condițiilor contractuale conform prevederilor Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017 nr.285 din 16 decembrie 2016 și costurilor pentru anul 2017, conform criteriilor de contractare prevăzute în anul 2017.

**52.** 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 „ftiziatrie”;
- îngrijirile medicale paliative prestate în condiții de spital/hospice;

4) 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;

- serviciile dializă;

- 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”;

- medicamente cu destinație specială;

- pungile colectoare pentru stome privind asigurarea pacienților stomizați (Institutul Oncologic);

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

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

- consumabile costisitoare în cadrul programelor speciale stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

[Pct.52 completat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.366/229-A din 16.05.2017, în vigoare 16.05.2017]

**53.** 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 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 până la 24 ore.

O internare se soldează cu externarea unui caz acut și unui caz cronic în cazurile stabilite prin Ordinul comun de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

**54.** Sunt eligibile pentru contractare platourile de activitate spitalicească care întrunesc 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.

**55.** 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.



**56.** 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.

**57.** 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.

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

**59.** Serviciile prestate în secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate (cu excepția instituțiilor medicale spitalicești unde funcționează departamente de medicină urgentă, unități de primire urgentă specializată și unități primire urgentă – IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal „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) se contractează separat.

**60.** Suma destinată serviciului dializă constituie 122319,4 mii lei. Contractul va specifica bugetul pentru prestarea serviciilor de hemodializă și numărul minim de ședințe care urmează a fi prestat. Bugetul global cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului.

**61.** Suma-limită pentru finanțarea suplimentar costului cazului tratat a medicamentelor costisitoare constituie 27511,7 mii lei.

Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita surselor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistentei medicale cu instituțiile medico-sanitare pentru acest scop.

**62.** 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 și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

**63.** Suma de 30838,6 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

### **Servicii medicale de înaltă performanță**

**64.** 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 2017.

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

**66.** Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică proporțional, pe parcursul anului, 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.

**67.** Raportarea serviciilor de înaltă performanță prestate se efectuează lunar în formă electronică prin intermediul Sistemul Informațional „Achitarea Serviciilor Medicale” sau prin prezentarea unui raport electronic cu următoarele câmpuri: (IDNP a beneficiarului de SÎP; IDNO a instituției medicale care a trimis pentru efectuarea SÎP; IDNP medicului din instituția medicală care a trimis pentru efectuarea SÎP; cod SÎP; data trimiterii pentru efectuare SÎP; IDNO a instituției medicale care a efectuat SÎP; data prestării SÎP), generat de sistemele informaționale proprii, începând cu 01.07.2017.

**68.** Suma de 750,1 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

## Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

69. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu este plata „*per vizită*”.

70. Suma pentru îngrijirile medicale și îngrijirile medicale paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă constituie 9220,6 mii lei.

### V. MODALITATEA DE ACHITARE A SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE

71. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale urgente prespitalicești* 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, achitare integrală, în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excluderea sumelor avansate anterior.

72. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale primare* 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 (inclusiv suma estimativă pentru bonificația pentru indicatori de performanță);

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

- 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 luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” la situația ultimei zile a trimestrului, cu excluderea sumelor avansate anterior;

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

- suma bonificației pentru indicatori de performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor avansate anterior;

3) medicamentele compensate se achită lunar în baza facturilor prezentate de instituțiile farmaceutice contractate, la valoarea integrală a lor.

73. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* 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:

- achitare integrală, în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excepția sumei destinate tratamentului bolnavilor de tuberculoză în condiții de ambulator, cu excluderea sumelor avansate anterior;

- suma pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză în condiții de ambulator, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor avansate anterior;

3) consumabilele costisitoare se achită lunar în baza facturilor și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate în luna precedentă.

74. 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;

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

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

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

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

3) consumabilele costisitoare se achită lunar în baza facturilor și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate în luna precedentă;

4) medicamentele cu destinație specială se achită în baza facturilor și documentelor justificative prezentate.

**75.** Achitarea *serviciilor medicale de înaltă performanță* 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, achitare integrală pentru prestarea serviciilor medicale, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor avansate anterior.

**76.** Achitarea *îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu* 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, achitare integrală pentru prestarea serviciilor medicale, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor avansate anterior.

**77.** 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.

**78.** Cheltuielile privind încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației se finanțează lunar în baza facturilor 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 IMS.

## **VI. MODALITATEA DE NEVALIDARE A SERVICIILOR MEDICALE**

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

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

## **VII. PROCEDURA DE NEGOCIERE ȘI DE SOLUȚIONARE A LITIGIILOR**

**81.** 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 și prestatorului de servicii medicale.

## **VIII. DISPOZIȚII FINALE**

**82.** 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 2017, conform formularului aprobat. La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

**83.** 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.

**84.** Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractat se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare 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 gestiune (1 iulie, 1 ianuarie).

**85.** Semnarea contractelor de acordare a asistenței medicale din partea prestatorului de servicii medicale este efectuată de persoana înregistrată la Camera Înregistrării de Stat 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 instituțiile medico-sanitare publice) sau Ordinul conducătorului (pentru instituțiile medicale private).

---

Ministerul Sănătății

Ordin nr.1076/720A din 30.12.2016 privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017 // *Monitorul Oficial* 19-23/68, 20.01.2017