

**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 asistența medicală de toate nivelurile, cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia, în volumul stabilit de Programul unic pentru toate persoanele aflate pe teritoriul Republicii Moldova în condițiile legii.

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 repartitie 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) Experiența de prestator de servicii medicale, licențiat și/sau acreditat, cu durata de cel puțin 3 ani.

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;

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. 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

11. 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.

12. 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 – 524 381,5 mii lei;
- 2) asistența medicală primară – 1 882 576,6 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 522 431,3 mii lei;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator – 427 190,5 mii lei;
- 4) asistența medicală spitalicească – 3 027 433,6 mii lei;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță – 184 108,7 mii lei;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 9 220,6 mii lei.

13. Plafoanele de cheltuieli indicate în pct.12 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

14. 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.

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

16. Suma anuală destinată contractării după metoda „buget global” constituie 523 946,7 mii lei.

17. Suma de 434,8 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

Asistența medicală primară

18. 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.

19. 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).

20. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

- 1) plata „per capita” ajustată la risc de vârstă;
- 2) bonificație pentru indicatori de performanță;

3) plata pe „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

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

- suma per capita ajustată la risc de vârstă;
 - 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 Hotărârea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

22. Suplimentar 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, având în vedere dinamica și structura prescrierii medicamentelor compensate.

23. 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.69 alin.2).

24. Categoriile de vârstă 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.

25. Tariful „per capita” constituie:

Categoria de vârstă	Tarif
de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile	462,00 lei
de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile	271,76 lei
de la 50 ani și peste	407,64 lei

Suma destinată contractării după metoda „per capita” constituie 1 093 081,2 mii lei.

26. Bonificația pentru performanță prevede îndeplinirea următorilor indicatori:

Indicatori de proces/„per serviciu”

Indicator I. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor:

- cardiovasculare

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

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

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

- diabetul zaharat

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

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

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

- oncologice

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

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

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

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

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

- tuberculoză

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

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

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

Indicator II. *Supravegherea gravidei:*

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

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

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

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

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

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

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

Indicator III. *Supravegherea copilului primului an de viață:*

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

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

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

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

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

Indicatori de rezultat

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

2) Rata persoanelor din grupurile țintă cărora li s-a efectuat testul citologic Babeș-Papanicolau în anul de raportare constituie 85% din numărul total a femeilor planificate pentru testul citologic Babeș-Papanicolau în anul 2016.

3) Rata gravidelor supravegheate de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total a gravidelor la care sarcina s-a finalizat cu nașterea în anul 2016.

4) Rata copiilor supravegheați de către medicul de familie conform standardelor în vigoare în anul de raportare constituie 85% din numărul total a copiilor care au împlinit 12 luni în anul 2016.

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

27. Suma pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță constituie 192 350,9 mii lei.

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

29. 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.

30. 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.

31. 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 33 579,9 mii lei.

32. Suma pentru Centrele de sănătate prietenoase tinerilor constituie 14 567,3 mii lei.

33. Suma pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală constituie

17 345,5 mii lei.

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

35. 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 Hotărîrii 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 (sau sector mun.Chișinău) pentru asigurarea cu medicamente necesare a populației întregului raion.

36. Metodologia de calcul a sumelor de referință per fiecare unitate administrativ-teritorială (raion/sector mun.Chișinău) 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/AMT (sector mun.Chișinău) 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 insulino-necesitanți) 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).

37. 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.

38. 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.

39. Suma de 6 433,0 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

Asistența medicală specializată de ambulator

40. Asistența medicală specializată de ambulator include:

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

41. 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.

42. 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”.

43. 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.

44. 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 279 715,0 mii lei în mărime de:

- 125,64 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);

- 137,2 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți;

- 125,64 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.

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

1) plata prin „buget global” - instituțiile medico-sanitare republicane; Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova; Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău; Serviciul Ambulator de Traumatologie și Ortopedie și Centrul Național de Epileptologie din cadrul Institutului de Medicină Urgentă; laboratorul național de referință a Institutului de ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”; laboratorul de referință al Spitalului Clinic Municipal Bălți; secția consultativă a Spitalului Clinic Municipal nr.1; pentru acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor 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; pentru realizarea tratamentului medical oncologic (chimioterapie) în condiții de ambulator (îngrijiri de zi); pentru Centrul republican colonoscopic;

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, caz nou și readmis; 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; servicii de intervenție timpurie copiilor (de la naștere pînă la 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit.

Finanțarea prestatorilor menționați mai sus este stabilită în limita sumei de 89 237,5 mii lei.

46. Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 56 681,1 mii lei, inclusiv:

1) finanțarea prin „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma constituie 13 622,9 mii lei.

2) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare care oferă după principiul teritorial în limita sumei de 42 975,4 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 Hotărârea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

47. Suma de 1 556,9 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

Asistența medicală spitalicească

48. 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.

49. 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;

3) plata pe „*zi-pat*” pentru:

- asistența medicală pe profilul „*fiziatrie*”;

- 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 fiziatrie;

- serviciul „*Aviasan*”;

- medicamente cu destinație specială.

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

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

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

50. 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 pînă 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.

51. 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-reanimator 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-reanimator 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

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

56. 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.

57. Suma destinată serviciului dializă constituie 106 544,3 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.

58. Suma limită pentru medicamente cu destinație specială constituie 30 070,3 mii lei. Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita surselor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu instituțiile medico-sanitare pentru acest scop.

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

60. Suma de 33 555,7 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

Servicii medicale de înaltă performanță

61. 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.

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

63. Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică în limita contractată, volumul și spectrul de servicii, asigurând accesul echitabil pentru pacienții instituțiilor medico-sanitare, inclusiv Centrelor de Sănătate autonome, încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

64. Sunt eligibili pentru contractarea serviciilor medicale de înaltă performanță numai prestatorii, care vor putea raporta serviciile de înaltă performanță prestate în formă electronică 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.

65. Suma de 978,0 mii lei este destinată pentru acoperirea cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

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

67. Suma pentru îngrijirile medicale și îngrijirile medicale paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă constituie 9 220,6 mii lei.

V. Modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate

68. 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, achitare integrală, în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excluderea sumelor avansate anterior.

69. 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 (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.

70. 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;

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, caz nou și readmis, în condiții de ambulator, cu excluderea sumelor avansate anterior;

- suma pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, 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.

71. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale spitalicești* 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 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/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.

72. 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.

73. 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.

74. 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.

75. 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

76. 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.

77. 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

78. 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

79. 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.

80. 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.

81. 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 (01 iulie, 01 ianuarie).

82. 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.