

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA



COMPANIA NAȚIONALĂ DE  
ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

НАЦИОНАЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ  
КОМПАНИЯ

**ORDIN**

29.12.2021 Nr. 1227/350-A

*privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale  
în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022*

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, nr.207/2021, Hotărârii Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Regulamentului cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.148/2021 și Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156/2002,

**ORDONĂM:**

1. Se aprobă Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și agențiilor teritoriale vor asigura respectarea Criteriilor de contractare aprobate prin prezentul ordin.
3. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să publice pe paginile lor web oficiale, iar în cazul în care nu dispun de pagină web oficială, să afișeze pe avizierul instituției, într-un loc vizibil și accesibil pentru public, contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, în termenele stabilite de actele normative.
4. Prezentul ordin intră în vigoare la 01.01.2022.

**Ala NEMERENCO**  
Ministru

**Ion DODON**  
Director general

**CRITERIILE DE CONTRACTARE  
a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării  
obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022**

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022 (în continuare – *Criterii de contractare*) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, nr. 207/2021 și Hotărârii Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Criteriile de contractare stabilesc:

1) principiile care stau la baza încheierii contractelor de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale;

2) condițiile de contractare a prestatorilor de servicii medicale;

3) modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală prevăzute de Programul unic;

4) repartizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - AOAM) 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) negocierea și soluționarea litigiilor.

3. Reglementarea condițiilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului AOAM are ca scop asigurarea accesului echitabil a persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – persoane) la asistența medicală de toate nivelurile, cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia, în volumul stabilit de Programul unic.

4. Criteriile de contractare sunt obligatorii în procesul de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM.

**II. PRINCIPIILE DE BAZĂ ALE CONTRACTĂRII  
SERVICIILOR MEDICALE**

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

1) alinierea procesului de contractare la prevederile politicilor naționale în domeniul sănătății;

2) asigurarea accesului echitabil al populației la servicii medicale în procesul de repartiție a surselor fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente;

3) garantarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale incluse în Programul unic;

4) asigurarea eficienței și transparenței în utilizarea mijloacelor financiare publice, bazate pe necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor AOAM aprobate pentru anul 2022;

5) îmbunătățirea continuă a calității și siguranței serviciilor medicale.

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

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

- 1) prestatorul de servicii medicale este acreditat și autorizat sanitar la nivel național;
- 2) prestatorul de servicii medicale este inclus în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate;
- 3) prestatorul de servicii medicale specifică, în oferta prezentată Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, disponibilitatea de resurselor umane angajate la locul de muncă de bază/cumul în instituție, pentru fiecare profil/serviciu solicitat pentru contractare. CNAM are dreptul de a solicita suplimentar de la potențialul prestator de servicii medicale documente justificative privind resursele umane disponibile;
- 4) prestatorul de servicii medicale va asigura baza tehnico-materială necesară pentru prestarea serviciilor solicitate și încăperi conforme normelor sanitaro-igienice. CNAM are dreptul de a solicita suplimentar de la potențialul prestator de servicii medicale documente justificative privind dotarea cu utilajele necesare realizării serviciilor solicitate.
- 5) lipsa condiționării plăților suplimentare pentru serviciile prestate în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021. Lipsa petițiilor în adresa Companiei Naționale de Asigurări în Medicină privind achitarea de către persoanele asigurate a serviciilor medicale sau procurarea medicamentelor și consumabilelor, examinate și confirmate de către structura abilitată cu drept de evaluare;
- 6) experiența de prestator de servicii medicale, acreditat la nivel național, cu durata de cel puțin 3 ani, cu excepția prestatorilor de servicii medicale unice din Republica Moldova, prestatorilor ce acordă asistență medicală primară și asistența medicală specializată de ambulator, pentru persoanele înregistrate la medicul de familie.

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

1) prestarea serviciilor de înaltă performanță de către prestatorii de servicii medicale care activează în baza principiului de deservire teritorială a populației și dispun de capacitățile necesare pentru 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) oferirea serviciilor medicale unice care nu sunt prestate de alți prestatori de servicii medicale și care sunt incluse în serviciile acoperite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform necesităților populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate în limita mijloacelor fondurilor AOAM aprobate pe anul respectiv, stabilite de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină;

3) lipsa altor prestatori de servicii medicale solicitate de a fi contractate în unitatea administrativ-teritorială.

**9.** Prestatorul de servicii medicale trebuie să întrunească toate condițiile generale de eligibilitate a prestatorilor de servicii medicale. Prioritate în procesul de contractare vor avea prestatorii de servicii medicale care vor întruni unul sau mai multe din condițiile speciale de contractare.

**10.** Pentru anul 2022 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- 1) asistența medicală urgentă spitalicească;
- 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;
- 7) îngrijiri paliative.

### **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 și farmaceutice (pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor) (în continuare - 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 - 1 112 814,1 mii lei;
- 2) asistența medicală primară - 2 383 742,7 mii lei;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator - 1 000 029,3 mii lei;
- 4) asistența medicală spitalicească - 6 408 547,6 mii lei;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță - 259 736,4 mii lei;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu - 99 715,2 mii lei;
- 7) servicii medicale paliative - 69 285,7 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.

14. Pentru prestatorii publici de servicii medicale la care suma contractuală nu acoperă necesitățile cheltuielilor de personal, contractul va fi completat cu un rând separat – „buget global cu destinație specială pentru acoperirea cheltuielilor de personal”.

15. Pentru acoperirea suplimentului legat de îndeplinirea indicatorului de performanță profesională „Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, în baza definiției de caz contact/suspect/probabil/confirmat”, anexele la contractele cu prestatorii de servicii medicale desemnați prin ordinele Ministerului Sănătății responsabile de acordarea asistenței medicale pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19 vor fi completate cu un rând separat – „buget global cu destinație specială COVID-19”.

16. Pentru prestatorii de servicii medicale în care sunt încadrați medici rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației, contractul va fi completat cu un rând separat – „suma pentru acoperirea cheltuielilor de personal garantate (salariul de funcție, spor pentru condiții nefavorabile de muncă, contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii) legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației”.

17. Pentru prestatorii de servicii medicale în care medicii rezidenți încadrați sunt implicați nemijlocit în supravegherea, tratamentul și controlul infecției cu COVID-19, suma contractuală pentru acoperirea cheltuielilor de personal ale acestora va include suplimentul pentru îndeplinirea indicatorului de performanță „Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, în baza definiției de caz contact/suspect/probabil/confirmat”, precum și alte norme și garanții salariale în vigoare, suplimentar la cele prevăzute în pct.16.

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

#### ***Asistența medicală urgentă prespitalicească***

18. Asistența medicală urgentă prespitalicească este acordată în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale, autorizați conform cadrului normativ, care în raporturile contractuale cu CNAM, nu contractează de la alți prestatori acest tip de asistență medicală.

19. Metoda de plată în asistența medicală urgentă prespitalicească este plata „per capita”. Tariful „per capita” constituie 299,99 lei.

### **Asistența medicală primară**

**20.** Prestatorii de asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală vor fi contractați de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, numai în cazul când aceștia dispun de teritoriu sau localitate/localități de deservire, prevăzute în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale, precum și în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate, aprobate de Ministerul Sănătății, fiind respectate principiile liberei alegeri a medicului de familie, precum și de acordare a asistenței medicale primare persoanelor înregistrate în listă, conform actelor normative.

**21.** Prestatorii de servicii medicale de asistență medicală primară documentele cărora sunt depuse primar, în vederea contractării și corespund prevederilor actelor normative, precum și cei care pe parcursul anului se lichidează sau reorganizează, vor fi contractați trimestrial de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

**22.** Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

1) plata „per capita” ajustată la risc de vârstă;

2) plata pe „buget global” pentru:

a) activitățile specifice centrelor de sănătate de nivelul I (raional, municipal) și Asociațiilor Medicale Teritoriale;

b) acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016.

**23.** La planificarea volumului pentru finanțarea serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la data de 1 decembrie 2021. Pe parcursul anului, numărul persoanelor (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” va fi actualizat trimestrial, la situația ultimei zile a trimestrului, pentru a fi efectuată plata conform pct.74 subpct.2).

**24.** Categoriile de vârstă utilizate în cadrul ajustării sumelor per capita sunt:

1) de la 0 – până la 5 ani

2) de la 5 ani inclusiv – până la 50 ani

3) de la inclusiv 50 ani și peste.

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

<b>Categoria de vârstă</b>	<b>Tarif per capita</b>
de la 0 – până la 5 ani	974,67 lei
de la 5 ani inclusiv – până la 50 ani	573,33 lei
de la inclusiv 50 ani și peste	860,00 lei

**26.** Activitățile specifice centrelor de sănătate de nivelul I (raional, municipal) și Asociațiilor Medicale Teritoriale sunt:

1) generalizarea și prezentarea 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 asistență medicală primară (în continuare – 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 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, generalizarea informației la nivel de teritoriu administrativ.

10) coordonarea și controlul activităților de supraveghere, tratament, evidență și raportare a cazurilor de COVID-19:

11) coordonarea și prelevarea, la necesitate, a probelor biologice pentru detecția SARS-Cov-2, prin intermediul echipelor mobile;

12) coordonarea și efectuarea, la necesitate, a imunizării anti COVID-19, prin intermediul echipelor mobile.

**27.** Suma pentru activitățile specifice centrelor de sănătate de nivelul I (raional, municipal) și Asociațiilor Medicale Teritoriale se calculează după principiul „per capita” pentru populația înregistrată în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, inclusiv arondată a prestatorilor de AMP din teritoriul respectiv, tariful constituind 10 lei.

**28.** Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în condițiile AOAM în conformitate cu prevederile actelor normative.

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

**30.** 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.

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

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

**32.** Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulator în cadrul sistemului AOAM sunt eligibili pentru contractare de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, numai în cazul când aceștia dispun de medici specialiști de profil, inclusiv și cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru prestarea serviciilor medicale; or în cazul lipsei medicilor specialiști de profil prezintă contracte bilaterale cu alți prestatori de servicii medicale.

**33.** Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu în conformitate cu actele normative în vigoare, Compania Națională de Asigurări în Medicină va efectua modificarea contractului de prestare a serviciilor medicale la compartimentul dat, ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.

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

1) asistența medicilor specialiști de profil;

2) asistența medicală stomatologică.

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

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

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

**36.** Metodele de plată a asistenței medicale specializate de ambulator sunt:

1) Pentru asistența medicilor specialiști de profil:

- a) „per capita”;
- b) „per serviciu”;
- c) „per caz tratat”;
- d) „per vizita”;
- e) „buget global”;
- f) „per ședință”;
- g) „plata retrospectivă per serviciu/produs în limitele bugetului contractat”.

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

- a) „per capita”;
- b) „buget global”.

3) Pentru asistența medicală stomatologică acordată de către prestatorii de servicii medicale din mun.Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale - „per capita”.

**37.** La estimarea volumului contractual de servicii medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator, oferite după principiul teritorial, va fi luat în calcul numărul de persoane asigurate identic celor înregistrate în cadrul prestatorului de servicii ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a prestatorului de servicii medicale de asistență medicală specializată de ambulator la 1 decembrie 2021.

**38.** 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”:

1) 230,17 lei pentru prestatorii de servicii medicale din mun.Chișinău (suma alocată nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de prestatorii de servicii medicale finanțate pe buget global);

2) 237,03 lei pentru prestatorii de servicii medicale din mun.Bălți;

3) 217,06 lei pentru prestatorii de servicii medicale raionale și din UTA Găgăuzia.

**39.** Contractarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este efectuată prin următoarele metode:

1) plata prin „buget global” – pentru secțiile consultative ale prestatorilor de servicii medicale republicane (IMSP Institutul Mamei și Copilului, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP Institutul de Cardiologie, IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”, IMSP Institutul Oncologic, IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorba”, IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, IMSP Policlinica de Stat); IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău; Centrul Național de Epileptologie din cadrul IMSP Institutului de Medicină Urgentă; Secțiile Ambulatorii de Ortopedie și Traumatologie din cadrul Asociațiilor Medicale Teritoriale; laboratorul național de referință a IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”; laboratorul de referință al IMSP Spitalul Clinic Bălți; secția consultativă a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”; 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 IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile; realizarea tratamentului medical oncologic, inclusiv chirurgie, chimioterapie și tratamentul hematologic în condiții de staționar de zi și ambulator; Centrul republican colonoscopic; Banca de țesuturi și celule; serviciile de reabilitare a persoanelor slab văzătoare; serviciul de reabilitare medicală în oncologie; servicii de intervenție timpurie

copiilor (de la naștere pînă la 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și pentru tratamentul de reabilitare a copiilor cu dizabilități neuro-locomotorii; Centrul de reabilitare medicală din cadrul IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”; servicii de intervenție în tulburări de spectru autist; Laboratorul imunologie și genetică moleculară a IMSP Institutul Oncologic.

2) plata „per caz tratat” – pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie;

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

4) plata „retrospectivă per serviciu/produs” în limitele bugetului contractat pentru: acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator a bolnavilor de 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, gâtului, și în caz de anoftalmie, defect parțial sau total al globului ocular, indiferent de etiologie; pungile colectoare pentru stome și urostome privind asigurarea pacienților stomizați; acoperirea cheltuielilor pentru transport public suburban și interurban (tur-retur) în vederea efectuării serviciilor de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice) și radioterapie în condiții de ambulator (staționar de zi); medicamentele cu destinație specială;

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

6) plata „per serviciu” pentru investigația „Determinarea calitativă a ARN virusului SARS-CoV-2 prin metoda PCR în regim Real Time” prestată de laboratoarele de referință desemnate de Ministerul Sănătății.

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

**41.** Prestatorii de servicii medicale contractați pentru prestarea serviciilor medicale de dializă în condiții de ambulator, din costul ședinței acoperă bolnavilor cu insuficiență renală cronică, care efectuează dializa, cheltuielile de transport public suburban și interurban (tur-retur), reieșind din distanța parcursă și tariful pentru un pasager/kilometru cu mijloace de transport auto cu scaune necapitonate, aprobat de Ministerul Economiei. Volumul contractual pentru serviciul de dializă va specifica numărul de ședințe, tariful ședinței și suma contractuală pentru prestarea serviciilor de hemodializă. Suma contractuală destinată dializei cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, transport și alimentația pacientului.

**42.** Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor compensate în condițiile AOAM în conformitate cu prevederile actelor normative.

**43.** Asistența stomatologică se finanțează prin:

1) „*buget global*” pentru:

a) prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial;

b) acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Hotărârea Guvernului nr.837/2016.

Bugetul global pentru IMSP Policlinica Stomatologică Republicană este destinat pentru acoperirea tuturor cheltuielilor necesare acordării asistenței medicale stomatologice, inclusiv a serviciilor de anestezie.

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

a) 15,00 lei „*per capita*” pentru prestatorii de servicii medicale din mun.Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău (suma alocată nu prevede



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

b) 26,28 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun.Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale.

#### **Asistența medicală spitalicească**

**44.** Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

1) plata pe „caz tratat” finanțate 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, scleră și membrană amniotică; procedura de fertilizare in vitro; serviciile de prelevare de ficat, rinichi și prelevare multiorganică de la donator în viață și de la donator decedat în moarte cerebrală;

3) plata per „zi-pat” pentru asistența medicală pe profilul „fiziatrie”;

4) plata pe „buget global” pentru:

a) volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați în unitățile de primiri urgențe tip I-III/secțiile de internare care ulterior nu au fost spitalizați;

b) 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;

c) serviciul „Aviasan”;

d) acoperirea cheltuielilor curente conform pct.59 din prezentele Criterii de contractare;

5) plata „retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat” pentru consumabilele costisitoare în cadrul programelor de activitate spitalicească stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină; medicamentele cu destinație specială (costisitoare) achitate suplimentar costului cazului tratat; asistența medicală acordată persoanelor asigurate și neasigurate în cadrul subdiviziunii de primiri urgente COVID-19 (Moldexpo) din cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, inclusiv acoperirea cheltuielilor de alimentație a pacienților;

6) plata „per ședință” – pentru serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic și pentru ședințe de dializă.

**45.** 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 în contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), stabilite prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

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

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

Cazurile tratate acute pentru pacienții cu infarct miocardic acut, accident cerebrovascular, fractură, care necesită tratament succesiv de reabilitare în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”, IMSP Institutul de Cardiologie, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP Spitalul Clinic Municipal ”Sfânta Treime” pot fi externate și internate în aceeași zi, fiind întocmită pentru fiecare caz tratat separat (acut și cronic) fișa medicală a bolnavului de staționar.

**46.** Sunt eligibile pentru contractare programele de activitate spitalicească care întrunesc următoarele cerințe:

1) existența profilului de paturi în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate;

2) să asigure prezența cu personal medical, mediu și inferior pentru efectuarea serviciilor solicitate.

**47.** Sunt eligibili pentru contractarea programelor speciale, stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, prestatorii de servicii medicale care întrunesc următoarele cerințe:

1) existența profilului de paturi, pentru care se solicită programul special, în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate;

2) existența serviciului de anesteziologie și terapie intensivă;

3) existența serviciului de explorări funcționale, necesare programului special solicitat;

4) existența blocului operator;

5) asigurarea cu medici, personal medical mediu și inferior a serviciului pentru care se solicită programul special;

6) asigurarea cu echipamente medicale specifice programului special solicitat.

**48.** Pentru spitalele rambursate în funcție de complexitate a cazurilor (DRG și CASE-MIX), în contractul de acordare a asistenței medicale pe program general, chirurgie de zi, program „Tratamentul pacienților confirmați cu Infecția Coronavirus de tip nou (COVID-19)” în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

1) numărul estimativ de cazuri acute pus la baza calculului sumei contractuale;

2) ICM pus la baza calculului sumei contractuale;

3) tariful de bază.

**49.** Pentru spitalele contractate pe îngrijiri cronice în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

1) numărul estimativ de cazuri cronice pus la baza calculului sumei contractuale

2) tariful pe „caz tratat” pentru activitate în geriatrie și reabilitare.

**50.** Pentru spitalele contractate pe profilul de „fiziatrie” în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

1) numărul estimativ de „zile-pat” pus la baza calculului sumei contractuale;

2) tariful pe „zi-pat”.

**51.** Pentru cazurile tratate care urmează a fi prestate pe program general, chirurgie de zi, program „Tratamentul pacienților confirmați cu Infecția Coronavirus de tip nou (COVID-19)”, îngrijiri cronice și asistență medicală pe profilul „fiziatrie”, în contract se specifică o singură sumă contractuală comună, care va permite organizarea spectrului de servicii prestate în funcție de situația epidemiologică existentă pe parcursul anului 2022.

**52.** Pentru spitalele contractate pentru prestarea serviciilor în cadrul programelor speciale, în contractul de acordare a asistenței medicale, pe fiecare program special de activitate spitalicească se specifică:

1) numărul limită de cazuri care pot fi prestate;

2) ICM pus la baza calculului sumei contractuale;

3) tariful de bază;

4) suma contractuală.

**53.** Procedeele de colectare și raportare a datelor la nivel de pacient 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 Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

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

**55.** Serviciile prestate în unitățile de primiri urgențe tip II și III (IMSP Institutul de Medicină Urgentă, IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, IMSP Spitalul Clinic Municipal Boli Contagioase de Copii, IMSP Spitalul Clinic Bălți, IMSP Institutul Mamei și Copilului, IMSP Spitalul Raional Cahul,

IMSP Spitalul Raional Soroca, „A. Prisacari”, IMSP Spitalul Raional Orhei, IMSP Spitalul Raional Hîncești, IMSP Spitalul Raional Căușeni „Ana și Alexandru”, IMSP Spitalul Raional Edineț, IMSP Spitalul Raional Ungheni, IMSP Spitalul Raional Comrat „Isaac Gurfinkel”), dar și în unitățile de primiri urgențe tip I/secții de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate se contractează separat.

**56.** Volumul contractual destinat pentru serviciul de dializă va specifica numărul de ședințe, tariful ședinței și suma contractuală pentru prestarea serviciilor de dializă. Suma contractuală destinată dializei cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului.

**57.** Compania Națională de Asigurări în Medicină, în limita mijloacelor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale pentru finanțarea medicamentelor achitate suplimentar cazului tratat conform prevederilor actelor normative.

**58.** 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.

**59.** Pentru instituțiile medico-sanitare publice spitalicești, desemnate prin ordinele Ministerului Sănătății responsabile de acordarea asistenței medicale pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19, care nu execută volumele contractuale pe tipul de asistență medicală spitalicească și veniturile acumulate de instituție nu permit acoperirea cheltuielilor curente necesare acordării asistenței medicale populației (cheltuielile de personal garantate de legislație, alimentația pacienților, medicamente, servicii comunale, combustibil, apă și canalizare, salubritate, servicii poștale și de telecomunicații, servicii de pază, servicii medicale paraclinice prestate de alți prestatori și alte cheltuieli strict necesare pentru activitatea de bază), anexele la contracte vor fi completate cu un rând separat – „buget global pentru acoperirea cheltuielilor curente”, și va fi revăzut în partea majorării sau diminuării pe parcursul anului în funcție de activitatea prestatorului în limita sumei contractuale.

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

**60.** 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 AOAM aprobate pe anul 2022.

**61.** Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță pot fi eligibili pentru contractare de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, numai în cazul când aceștia:

1) vor fi autorizați și acreditați, conform prevederilor legale în vigoare, pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță;

2) vor fi asigurați cu încăperi conforme normelor sanitaro-igienice,

3) vor fi asigurați cu personal medical necesar pentru prestarea serviciilor solicitate;

4) vor fi dotați cu utilaje corespunzătoare necesare realizării serviciilor solicitate.

**62.** Metoda de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță este plata:

1) „per serviciu”;

2) „buget global” pentru acoperirea cheltuielilor curente.

**63.** Pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate în capitolele IV-XIII din Anexa nr.5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, evidența acestor servicii urmează a fi efectuată prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale” (SIRESM).

**64.** În cazuri excepționale, în care instituția prescriptor nu va avea posibilități tehnice de prescriere a serviciului medical prin intermediul SIRESM, ea va prescrie biletul de trimitere 027/e.

**65.** Pentru serviciile medicale menționate în pct.63, contractul va specifica:

- 1) tariful per fiecare serviciu;
- 2) suma contractuală pentru grupul de servicii medicale menționate, care suplimentar va fi divizată în două componente:
  - a) suma în limitele căreia urmează a fi achitate serviciile medicale prestate în baza îndreptărilor în cadrul SIRESM;
  - b) suma maximă în limitele căreia pot fi achitate serviciile medicale prestate în baza biletului de trimitere 027/e.

**66.** Suma maximă în limitele căreia pot fi achitate serviciile medicale prestate în baza biletului de trimitere 027/e nu va depăși 40% din suma contractuală pentru grupul de servicii medicale menționate în pct. 63.

**67.** În cazul în care valoarea serviciilor medicale prestate în baza biletului de trimitere 027/e va fi mai mică decât cea specificată în contract, această diferență va suplini suma posibilă pentru achitare a serviciilor medicale prestate în baza îndreptărilor în cadrul SIRESM.

**68.** Pentru serviciile medicale nemenționate în pct.63, evidența acestor servicii medicale urmează a fi efectuată prin intermediul Sistemului Informațional „Achitarea serviciilor medicale” prescrise în baza biletului de trimitere 027/e și contractul va specifica:

- 1) tariful per fiecare serviciu;
- 2) suma contractuală pentru grupul de servicii medicale.

**69.** Pentru IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală în cazul în care nu execută volumele contractuale pentru servicii medicale de înaltă performanță și veniturile acumulate de instituție nu permit acoperirea cheltuielilor curente necesare prestării serviciilor medicale populației (cheltuielile de personal garantate de legislație, medicamente, servicii comunale, combustibil, apă și canalizare, salubritate, servicii poștale și de telecomunicații, servicii de pază și alte cheltuieli strict necesare pentru activitatea de bază), anexa la contract va fi completată cu un rând separat – „buget global pentru acoperirea cheltuielilor curente” și va fi revăzut în partea majorării sau diminuării pe parcursul anului în funcție de activitatea prestatorului în limita sumei contractuale.

#### **Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu**

**70.** Metodele de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu sunt:

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

#### **Îngrijiri paliative**

**71.** Serviciile de îngrijiri paliative includ:

- 1) servicii de îngrijiri paliative prestate în condiții de spital (hospice);
- 2) servicii de îngrijiri paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă.

**72.** Metodele de plată pentru serviciile de îngrijiri paliative sunt:

- 1) plata pe „zi-pat” pentru servicii de îngrijiri paliative (hospice) prestate în condiții de spital;
- 2) plata „per vizită” pentru servicii de îngrijiri paliative prestate la domiciliu de echipa mobilă.

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

**73.** Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitaliceste 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 setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv, achitarea în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**74.** 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;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

a) achitarea sumei „per capita” ajustată la risc de vârstă, calculată în baza numărului de persoane (asigurate și neasigurate) din fiecare categorie de vârstă, înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la situația ultimei zile a trimestrului, și a tarifelor „per capita” pentru trimestrul respectiv, cu excluderea sumelor achitate anterior. Tarifele „per capita” se recalculează trimestrial reieșind din suma per capita ajustată la risc de vârstă planificată pentru trimestrul respectiv pentru toți prestatorii contractați și numărul de persoane la nivel național (asigurate și neasigurate) din fiecare categorie de vârstă, înregistrate în „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la situația ultimei zile a trimestrului;

b) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Hotărârea Guvernului nr.837/2016, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior;

c) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru activitățile specifice Centrelor de Sănătate de nivelul I (raional, municipal) și Asociațiilor Medicale Teritoriale, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior;

**75.** 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, cu excepția sumei prevăzute pentru medicamentele cu destinație specială și dispozitivele medicale achitate suplimentar;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

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

b) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Hotărârea Guvernului nr.837/2016, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

d) achitarea asistenței medicilor specialiști de profil prestată în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

e) achitarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

f) achitarea serviciilor medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

g) achitarea serviciilor de dializă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

h) achitarea sumei pentru acoperirea cheltuielilor pentru transport public suburban și interurban (tur-retur) în vederea efectuării serviciilor de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice) și radioterapie în condiții de ambulator (staționar de zi), calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

i) achitarea sumei pentru investigația „Determinarea calitativă a ARN virusului SARS-CoV-2 prin metoda PCR în regim Real Time”, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior.

3) medicamentele cu destinație specială, dispozitivele medicale se achită lunar în baza facturilor fiscale electronice și documentelor justificative prezentate, în limita sumei contractuale.

**76.** Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale spitalicești se efectuează:

1) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma contractuală, cu excepția sumelor prevăzute pentru consumabilele costisitoare și medicamentele cu destinație specială achitate suplimentar cazului tratat;

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

a) achitarea cazurilor tratate pe program general, chirurgie de zi, program „Tratamentul pacienților confirmați cu Infecția Coronavirus de tip nou (COVID-19)”, îngrijiri cronice și asistență medicală pe profilul „ftiziatrie”, calculată în baza numărului de cazuri tratate validate și ICM real (pentru program general, chirurgie de zi, program „Tratamentul pacienților confirmați cu Infecția Coronavirus de tip nou (COVID-19)”, numărului de cazuri tratate prestate pacienților asigurați (pentru îngrijiri cronice) și numărul de zile-pat prestate pe profilul „ftiziatrie”, în limita la 1/4 din suma contractuală comună, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

b) achitarea cazurilor tratate pe programele speciale, calculată în baza numărului de cazuri tratate validate și ICM real pentru fiecare program special, în limita numărului de cazuri tratate contractate pentru fiecare program special și în limita la 1/4 din suma contractuală pentru fiecare program special, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

d) achitarea transplantului de rinichi, ficat, cornee, scleră și membrană amniotică, prelevării de ficat, rinichi și prelevării multiorganice de la donator în viață și de la donator decedat în moarte cerebrală, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală pentru fiecare serviciu, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

e) achitarea procedurilor de fertilizare in vitro, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

f) achitarea serviciilor medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

g) achitarea serviciilor de dializă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

3) consumabilele costisitoare în cadrul programelor speciale stabilite prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină se achită lunar în

baza facturilor fiscale electronice și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate în luna precedentă, conform modelului aprobat prin ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în limita sumei contractuale.

4) medicamentele cu destinație specială (costisitoare) achitate suplimentar costului cazului tratat se achită în baza facturilor fiscale electronice și documentelor justificative prezentate, în limita sumei contractuale.

5) asistența medicală acordată persoanelor asigurate și neasigurate în cadrul subdiviziunii pe primiri urgente COVID-19 (Moldexpo) al IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, inclusiv acoperirea cheltuielilor de alimentație a pacienților, se achită lunar în baza documentelor justificative prezentate, fără achitarea prealabilă a avansului.

**77. Achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță se efectuează:**

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

2) trimestrial, în decurs de o lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

a) achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală aferentă fiecărui grup de servicii medicale de înaltă performanță cu sumă contractuală separată, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

**78. Achitarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu se efectuează:**

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

a) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, cu excluderea sumelor achitate anterior;

b) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală cu excluderea sumelor achitate anterior;

c) achitarea îngrijirilor medicale la domiciliu, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**79. Achitarea serviciilor de îngrijiri paliative 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 setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv:

a) achitarea serviciilor de îngrijiri paliative prestate în condiții de spital, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de prestator, în limita la de 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

b) achitarea serviciilor de îngrijiri paliative prestate la domiciliu de către echipa mobilă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**80. Cheltuielile privind încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației se acoperă lunar în baza facturilor fiscale electronice și rapoartelor prezentate privind cheltuielile de personal calculate medicilor rezidenți din cadrul prestatorilor de servicii medicale, conform modelului aprobat prin ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în limita sumei contractuale, fără achitarea avansului.**

**81. Cheltuielile pentru acoperirea suplimentului legat de îndeplinirea indicatorului de performanță profesională „Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, în baza definiției de caz contact/suspect/probabil/confirmat” se acoperă lunar în baza facturilor fiscale**

electronice și rapoartelor prezentate de către prestatorii de servicii medicale desemnați prin ordinele Ministerului Sănătății, fără achitarea avansului.

**82.** Prestatorilor publici de servicii medicale la care suma contractuală nu acoperă necesitățile cheltuielilor de personal și contractul este completat cu un rând separat „buget global cu destinație specială pentru acoperirea cheltuielilor de personal”, lunar se achită avans în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma prenotată, iar trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct.85 pentru lunile trimestrului respectiv, se efectuează achitarea în mărime de 1/4 din suma prenotată, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**83.** Lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, în cazul în care prestatorii nu înregistrează reștante la emiterea facturilor fiscale electronice, Compania Națională de Asigurări în Medicină poate achita serviciile medicale prestate în luna precedentă, similar metodologiei descrise în prezentul capitol pentru achitarea trimestrială, în limita la 1/12 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**84.** În cazul în care termenul de valabilitate a contractului este diferit de 12 luni sau pentru anumite volume de servicii medicale sunt prevăzute perioade specifice în care acestea urmează a fi prestate, atunci:

1) în formula de calcul a plăților în avans/achitărilor lunare, în loc de „1/12 parte din suma contractuală” se va utiliza „1/x parte din suma contractuală”, unde x = numărul de luni de valabilitate a contractului sau numărul de luni în care urmează a fi prestat volumul contractat pentru serviciul medical respectiv;

2) în formula de calcul a achitărilor trimestriale, în loc de „1/4 din suma contractuală” se va utiliza „1/y parte din suma contractuală”, unde y = numărul de trimestre de valabilitate a contractului sau numărul de trimestre în care urmează a fi prestat volumul contractat pentru serviciul medical respectiv.

**85.** În scopul emiterii de către prestatorii contractați a facturilor fiscale electronice, Compania Națională de Asigurări în Medicină va remite lunar raportul cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate în perioada de raportare, conform modelului aprobat prin ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Sumele incluse în raport vor fi calculate conform metodologiei descrise în prezentul capitol. Suma aferentă serviciilor medicale invalidate va fi inclusă în raport într-un rând separat cu semnul minus.

**86.** Mărimea avansului acordat prestatorilor poate fi diminuată în următoarele cazuri:

1) neprezentarea sau prezentarea eronată de două sau mai multe ori, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă și/sau facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor față de prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) nerestituirea la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a sumelor achitate în plus, în cazul imposibilității de a reține aceste sume din contul transferurilor ulterioare;

4) netransferarea la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a mijloacelor financiare dezafectate și a penalităților aferente.

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

**87.** În cadrul invalidării serviciilor medicale, echivalentul bănesc al acestor servicii urmează a fi exclus din rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică pentru perioada ulterioară a anului de gestiune.

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



## **VII. NEGOCIEREA ȘI SOLUȚIONAREA LITIGIILOR**

**89.** Litigiile care pot apărea în cadrul negocierilor se soluționează pe cale amiabilă între reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și prestatorului de servicii medicale. În caz contrar, se aplică procedurile prevăzute de legislația în vigoare.

## **VIII. DISPOZIȚII FINALE**

**90.** Prestatorii de servicii medicale desemnați prin ordinele Ministerului Sănătății, responsabile de acordarea asistenței medicale pacienților care întrunesc criteriile definiției de caz pentru COVID-19 vor asigura evidența și raportarea separată a cheltuielilor pentru cazurile tratate menționate.

**91.** Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatorii de servicii medicale pe conturi bancare/trezoreriale separat. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la finele perioadei de raportare pe parcursul anului respectiv de gestiune.

**92.** Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor și Centrele Comunitare de Sănătate Mintală contractate se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare/trezoreriale separate.

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