



Republica Moldova

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN Nr. OMS1021/206/2011
din 29.12.2011

**privind aprobarea Normelor metodologice
de aplicare în anul 2012 a Programului unic
al asigurării obligatorii de asistență medicală**

Publicat : 27.12.2011 în MONITORUL OFICIAL Nr. 21-24 art. 82 Data intrării în vigoare

Versiune în vigoare din 24.08.2012 în baza modificărilor prin [OMS796/150 din 09.08.12](#),
[MO177-180/24.08.12 art.1062; în vigoare 01.08.12](#)

Ministerul Sănătății, în temeiul pct. 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.397 din 31.05.2011 și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul pct.29 lit. e) din Statut, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11.02.2002 și în conformitate cu prevederile 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,

O R D O N Ă:

1. Se aprobă Normele metodologie de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Norme metodologice).
2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare, Directorul Direcției Sănătății Consiliului municipal Chișinău, Directorul Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Șeful Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea Normelor metodologice aprobate în cadrul prestării serviciilor medicale.
3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală au obligația să afișeze în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori informația privind numărul contractului și data de cînd acesta a fost încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, spectrul și tipul serviciilor contractate în baza acestuia conform prevederilor Normelor metodologice și lista serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate și neasigurate în instituția respectivă.

4. Prezentul ordin intră în vigoare la 01 ianuarie 2012.
5. Controlul asupra executării prezentului ordin mi-l asumăm

Ministrul Sănătății Andrei USATÎI

Directorul general al Companiei

Naționale de Asigurări în Medicină Mircea BUGA

Nr.1021/206A

Anexă la

Ordinul comun al MS și CNAM

nr._1021/206A din 29 decembrie 2011

**Normele metodologice de aplicare în anul 2012
a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală**

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Norme metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Norme metodologice) 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 și Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Program unic*), aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007, cu ulterioarele modificări prin Hotărârea Guvernului nr.1099 din 02.12.2010.

2. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare a serviciilor medicale și de plată a acestora pe tipurile prevăzute de Programul unic, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip, lista investigațiilor paraclinice, modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor eligibili în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în funcție de parametrii financiari legiferați prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv.

4. Reglementarea condițiilor acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență și servicii prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală 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.

5. În cazul persoanelor neasigurate, volumul și condițiile acordării serviciilor medicale la nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească și asistență medicală primară, precum și asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească, în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acoperite din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală conform legislației, sunt stabilite de Programul unic și prezentele Norme metodologice.

Lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator include infecția HIV/SIDA și tuberculoza, iar în condiții de staționar:

- a) tuberculoza;
- b) psihozele și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute;
- c) alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală;
- d) afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate;
- e) HIV/SIDA și sifilisul;

f) hepatitele virale acute A, botulismul, meningitele și meningoencefalitele virale, bacteriene și parazitare, gripa pandemică, varicela, rușeola, leptospiroza, malarie, febră tifoidă și paratifoidă, tifos exantematic, holera, tetanosul, antraxul, bruceleza, febrele hemoragice, febră Q, parotidita epidemică, rabia, trihinioza, pesta, iersinioza, tularemia, difteria.

6. Reglementarea modalităților de plată și de contractare a prestatorilor de servicii medicale are ca scop asigurarea echității și proporționalității în procesul de achitare pentru serviciile medicale acordate pe diferite tipuri de asistență medicală în funcție de volumul mijloacelor acumulate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și eficienței prestatorilor în baza criteriilor de contractare ai acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

7. Normele metodologice se aplică și sunt obligatorii pentru toți subiecții asigurării obligatorii de asistență medicală stabiliți prin Legea nr.1585-XVIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, alte acte normative și legislative în vigoare, inclusiv pentru toți prestatorii de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Capitolul II. Condițiile acordării asistenței medicale

pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

8. Organizarea asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează conform următoarelor condiții generale:

a) atît în caz de boala cît si în caz de vizită profilactică, persoana se prezintă inițial, cu actul de identitate (buletinul) și polița de asigurare obligatorie de asistență medicală la medicul de familie, care organizează asistența medicală necesară în volumul stabilit de Programul unic și prezentele Norme metodologice;

b) în toate cazurile în care neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului si/sau a celor ce-l înconjoară sau prezintă urmări grave pentru starea sănătății pacientului/sau sănătății publice, asistența medicală urgentă se acordă de orice medic, din orice instituție medico-sanitară indiferent de forma juridică de organizare ce a încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, în regim continuu, pîna la stabilizarea stării sănătății pacientului si/sau transmiterea pentru tratament în altă instituție medicală;

c) asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată, în volumul stabilit de Programul unic și prezentele Norme metodologice, inclusiv prescrierea medicamentelor compensate în volumul stabilit de actele normative în vigoare, fără a fi condiționată plata pentru prestarea acestor servicii;

d) în toate cazurile, cînd este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei, inclusiv prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, se solicită doar la finalul acordării asistenței medicale urgente;

e) în cazul urgențelor medico-chirurgicale, cînd persoana necesită asistență medicală specializată de ambulator și/sau spitalicească consultul/internarea se efectuează la trimiterea medicului de familie, serviciului de Asistență Medicală Urgentă prespitalicească, medicului specialist de profil și la adresarea persoanei fără bilet de trimitere (formular 027/e) - în mod de urgență;

f) asistența medicală programată (specializată de ambulator și spitalicească) se acordă în instituțiile raionale și municipale, conform principiului teritorial, în baza biletului de trimitere emis de medicul de familie în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate în alineatul (b) al prezentului punct, și/sau de medicul specialist de profil în cazul maladiilor indicate în anexa nr.2 1a Programul unic.

g) la solicitarea pacientului, acesta poate fi internat programat în orice instituție medico-sanitară, cu condiția achitării de către solicitant a unei plăți suplimentare în conformitate cu actele normative în vigoare.

h) cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile expuse la alineatele (e) și (f), sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

i) cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească sunt achitate de către pacient în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare publice, cu excepția maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății

publice, conform listei stabilite la pct. 5 din prezentele Norme metodologice.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

9. Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură acordarea asistenței medicale respective populației (maturi și copii), indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, pe întreg teritoriul deservit în regim non-stop, organizând la necesitate, pentru operativitate, deplasarea echipei și în afara teritoriului de deservire a subdiviziunilor subordonate de asistență medicală urgentă.

10. Asistență medicală urgentă prespitalicească se efectuează la apelul pacientului, altor persoane din numele pacientului sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se asigură în regim continuu, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și până la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare. La solicitare, până la sosirea echipei de asistență medicală urgentă, asistența respectivă se acordă de orice instituție medicală aflată în apropierea locului accidentului sau îmbolnăvirii.

11. Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească asigură operativitatea reacționării și deservirii urgențelor medico-chirurgicale, ținând cont de gradul urgenței și principiile de prioritizare stabilite de actele normative în vigoare.

12. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale, deservite de instituțiile ce prestează servicii de asistență medicală urgentă prespitalicească, care necesita consultație și tratament la etapa spitalicească sau specializată de ambulator, la indicații medicale li se asigură transport medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii până la transmiterea acestora instituției medico-sanitare respective.

În cazul urgențelor medico-chirurgicale majore care pun în pericol viața pacientului, când optimizarea timpului cheltuit pentru deplasare este vital necesar și serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească dispune de capacitățile necesare, acesta asigură transportarea medicală asistată în spitalele republicane sau municipale de profil, la solicitarea instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale. În cazurile menționate instituția solicitantă oferă specialiștii necesari pentru asistarea pacientului.

13. Organizarea transportării medicale asistate a bolnavilor cu urgențe psihiatrice și narcologice, precum și a bolnavilor cu tuberculoză, pentru tratament spitalicesc în spitalele de profil, se efectuează la solicitarea spitalelor raionale, după coordonarea de către ei a internării cu spitalele de profil respective.

14. Transferarea urgențelor obstetricale și neonatale, referite de la nivelul I la nivelul II și de la nivelul II la nivelul III, în cazurile și în modul menționat în alineatul 2 la punctul 12, se efectuează prin intermediul stațiilor teritoriale de asistență medicală urgentă.

15. Transportarea medicală asistată prin intermediul Serviciului republican „AVIASAN” se efectuează la solicitarea instituțiilor medico-sanitare, care, până la sosirea echipei respective, asigură supravegherea pacientului, efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, tratamentul intensiv necesar în conformitate cu actele normative în vigoare.

16. Alte servicii medicale, decît cele prevăzute în Programul unic (*transportarea pacienților pentru consultații, investigații în alte instituții medicale, transportarea personalului de urgență de la/la domiciliu etc.*), sunt prestate de către instituțiile de asistență medicală urgentă în temeiul contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral între instituții sau contra plată, efectuată conform tarifelor aprobate, dar fără a periclita activitatea lor de bază.

Asistența medicală primară

17. Medicul de familie este specialistul de prim contact la care apelează persoana și care are obligația de a organiza acordarea asistenței medicale primare și după caz, accesul la celelalte tipuri de asistență și servicii medicale prevăzute de Programul unic.

18. Pentru a beneficia de asistență medicală primară, este obligatorie înregistrarea pe lista medicului de familie, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al MS și CNAM nr. 627/163-A din 09 septembrie 2010, fiind respectat principiul deservirii teritoriale a populației cu acordarea îngrijirilor persoanelor în contextul familiei și familiilor în cadrul comunității, fără a produce discriminări.

Instituția medicală, indiferent de forma juridică de organizare, trebuie să dispună de un teritoriu bine definit de deservire, cu oferirea posibilităților familiei de a alege medicul de familie în cadrul instituțiilor respective.

19. În situațiile de urgență asistența medicală primară se acordă persoanelor, indiferent pe lista cărui medic de familie sunt acestea înscrise.

20. Instituțiile medicale primare asigură toate persoanele înregistrate pe lista medicului de familie cu documentație medicală primară necesară, de model aprobat de către Ministerul Sănătății, și sunt responsabile de completarea acestora cu date și informații relevante privind dinamica stării de sănătate și serviciile medicale prestate, garantînd păstrarea lor și confidențialitatea informației în modul stabilit de legislație și alte acte normative în vigoare.

21. Pentru realizarea volumului de asistență medicală primară prevăzut în Programul unic și prezentele Norme metodologice, conducătorul instituției medico-sanitare respective asigură în toate instituțiile medicale subordonate condițiile necesare prin:

a) asigurarea instituției cu cadre medicale;

b) procurarea echipamentului medical necesar;

c) asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;

d) procurarea preparatelor destinate dezinfectiei curente/finale, dezinsecției, utilajului și accesoriilor pentru instituțiile medico-sanitare în vederea asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare;

e) organizarea accesului la medicamente compensate din fondurile asigurării

obligatorii de asistență medicală;

f) organizarea supravegherii, inclusiv la domiciliu, a persoanelor cu maladii cronice;

g) organizarea accesului populației din localitățile rurale fără medic de familie la asistență medicală primară;

h) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examinarea copiilor, inclusiv a elevilor, gravidelor și persoanelor ce nu se pot deplasa fără ajutor, etc.;

i) colectarea și transportarea prin serviciul de curier din localitățile rurale către laborator a sîngelui și altor probe/produse biologice, prelevate în scop diagnostic;

j) stabilirea relațiilor de colaborare și schimbul de informații necesare cu lucrătorii medicali din instituțiile preșcolare și preuniversitare;

k) organizarea rezolvării maxime a problemelor de sănătate la nivelul asistenței medicale primare și trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare în instituția medico-sanitară teritorială de tip spitalicesc.

22. Pentru eficientizarea acordării asistenței medicale primare vizitele la medicul de familie se programează telefonic sau la prezentare directă a pacientului sau rudelor acestuia.

Programul de lucru al instituției medicale primare se elaborează în funcție de specificul localității (rural/urban), anotimp (vară/iarnă), numărul medicilor de familie/asistenților medicali, asigurînd accesul populației la asistență medicală primară conform cererii, în interval optimal de timp.

23. La prestarea serviciilor medicale profilactice, inclusiv: examenele medicale anuale, examinarea grupelor de risc, examenele medicale în comisie a elevilor instituțiilor preșcolare și de învățămînt, examenele medicale ale abiturienților pentru admitere, examenele medicale profilactice pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice, de învățămînt și întremare (bugetare), medicamentele/reactivele și consumabilele necesare sunt asigurate de către instituția medicală primară. În aceste cazuri instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

24. Medicul de planificare a familiei (obstetrician-ginecolog) din cadrul cabinetului de sănătate a reproducerii/Centrul de Sănătate a Femeii asigură efectuarea manoperelor medicale specifice specialității, inclusiv eliberarea certificatelor despre starea sănătății tinerilor căsătoriți, cu prescrierea și efectuarea examenelor prevăzute de actele normative ale Ministerului Sănătății. Instituțiile medico-sanitare primare asigură procurarea dispozitivelor medicale și contraceptivelor cu efect prolongat pentru persoanele din grupele de risc medical și social.

25. Asigurarea materialelor sanitare și dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv și a medicamentelor în cazuri de urgență și prim ajutor, se asigură de către

instituția medicală primară.

26. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare în cadrul serviciilor profilactice și curative prestate, inclusiv pentru situații de urgență, stabilite în Programul unic și prezentele Norme metodologice specificate în compartimentul I și III din anexa nr. 4 al Programului Unic se asigură de către instituția medicală primară la solicitarea (prescrierea) medicului de familie pentru toate persoanele, indiferent dacă acestea au sau nu au statut de persoană asigurată. Trimiterea se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin semnătura și parafa medicului de familie. Pentru asigurarea accesului și oportunității efectuării investigațiilor paraclinice și de diagnosticare la nivelul medicinei primare, instituția medicală primară poate procura expres-teste în limita surselor financiare planificate în acest scop.

27. Efectuarea examinărilor profilactice, inclusiv de depistare precoce a patologiei colului uterin și glandei mamare (examen clinic, frotiu pentru examinare citologică, colposcopia, efectuate la adresarea directă în cabinetul de examinări profilactice ginecologice etc.), se asigură pentru toată populația înregistrată pe lista medicului de familie în volumul stabilit de actele normative în vigoare.

28. Medicul de familie selectează și organizează acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu în conformitate cu actele normative în vigoare, eliberând biliet de trimitere pentru prestator, unde va indica datele examenului clinic a pacientului, recomandările privind manoperele îngrijirilor medicale necesare conform indicațiilor medicale, periodicitatea și durata acordării lor.

29. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor paraclinice, de diagnostic și tratament prevăzute pentru asistența medicală primară în compartimentul I și III din anexa nr. 4 al Programului Unic, efectuarea acestora se va realiza în cadrul altor instituții medicale, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral.

30. Activitățile, la realizarea cărora participă atât medicii de familie, cât și medicii specialiști de profil, se organizează în conformitate cu ordinul comun al instituțiilor medico-sanitare respective cu respectarea condițiilor stabilite de prezentele Norme metodologice.

Certificatele (formularele) eliberate în cadrul realizării activităților de suport, se asigură de către instituția medico-sanitară responsabilă, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, inclusiv la solicitarea pacientului sau reprezentantului legal, autorităților publice locale și centrale, organelor de drept.

31. Conducătorul instituției medico-sanitare primare asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății. Întocmirea și utilizarea formularelor de evidență medicală primară, care nu sunt aprobate de Ministerul Sănătății sau introducerea modificărilor neautorizate în formularele respective de evidență, aprobate prin ordinele Ministerului Sănătății, este interzisă.

32. În cazurile, când starea pacientului sau stabilirea/precizarea diagnosticului și

aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei depășește competența medicului de familie, sau conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare supravegherea maladiei date se face de către sau de comun acord cu medicul specialist de profil, medicul de familie organizează trimiterea pacientului respectiv la consultație în baza biletului de trimitere (F 027e) sau înscrieri în documentația medicală primară.

În aceste cazuri consultația persoanei asigurate se efectuează de către medicul specialist de profil din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, iar consultația persoanei neasigurate se efectuează contra plată (cu excepția persoanelor neasigurate, diagnosticate cu infecția HIV/SIDA și tuberculoză), în modul stabilit, în corespundere cu Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare publice pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

33. Consultația de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară respectivă, aflată în același teritoriu, se acordă doar în baza documentației medicale primare (formulare: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e etc.), în care este indicată consultația specialistului necesar.

La prezentarea directă la medicul specialist de profil în cazurile prevăzute de anexa nr.2 la Programul unic, medicul specialist de profil efectuează înscrieri în documentația medicală primară, sau completează extras (F 027 e) în cazul când pacientul este din alt teritoriu.

34. Organizarea consultației la medicul specialist de profil din altă instituție medico-sanitară se efectuează în temeiul biletului de trimitere (formular 027/e), completat conform cerințelor formularului, cu indicarea diagnosticului, datelor despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor efectuate, inclusiv în dinamică, tratamentul efectuat și scopul trimiterii la consultație (confirmarea diagnosticului, stabilirea tacticii de tratament etc.).

În biletul de trimitere se înscriu și rezultatele examenelor profilactice efectuate (control la scabie și pediculoză, examenul ginecologic oncoprofilactic, tonometria oculară, microradiofotografia).

Biletul de trimitere cu antetul instituției medico-sanitare primare se autentifică doar prin aplicarea parafei medicului de familie.

Concomitent se verifică valabilitatea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală.

La trimiterea pentru consultație programată, medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, în limita competenței profesionale.

35. După efectuarea consultației respective, medicul de familie asigură supravegherea în dinamică a pacientului în conformitate cu recomandările medicului specialist de profil.

36. Trimiterea programată pentru internare în spital se efectuează de către medicul de familie în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic în situațiile, care

au la bază criteriile stabilite în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

În aceste cazuri medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, în limita competenței profesionale.

37. Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale se efectuează prin coordonare, cu conducătorul sau persoanele responsabile din instituțiile abilitate, după caz prin telefon, înregistrând data respectivă în documentația medicală primară. Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 33, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programată în secția...*”, sau „*Se trimite pentru internare urgentă în secția...*”.

38. La trimiterea pentru internare urgentă, medicul de familie asigură efectuarea minimul investigațiilor de laborator și instrumentale ce argumentează necesitatea internării urgente.

39. În cazul depistării/suspectării unei maladii, care prezintă pericol endemo-epidemic, medicul de familie va întreprinde măsuri de izolare și raportare, și va organiza măsuri pentru preîntâmpinarea sau restrângerea epidemiei/endemiei, organizând internarea urgentă. În aceste cazuri, medicul de familie asigură supravegherea contactilor din focar, cu organizarea măsurilor de rigoare în vederea excluderii răspândirii maladiilor în cauză, în modul stabilit de actele normative în vigoare.

40. La externarea din spital, medicul de familie asigură supravegherea tratamentului de susținere a pacientului în condiții de ambulator, cu efectuarea, conform indicațiilor medicale și recomandărilor incluse de către medicul curant în extrasul din fișa medicală de staționar (F 027e), a investigațiilor paraclinice și de diagnostic, în volumul stabilit de actele normative în vigoare pentru asistența medicală primară.

Asistența medicală specializată de ambulator

41. Asistența medicală specializată de ambulator, în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic, se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil împreună cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical, inclusiv și persoanelor neasigurate în cazul infecției HIV/SIDA și tuberculoza.

42. Pentru realizarea tuturor activităților prevăzute în Programul unic, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personalului respectiv și sunt prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătății, conducătorul instituției medico-sanitare respective asigură condițiile necesare prin:

a) asigurarea cu cadre medicale;

b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabile necesare, dispozitivelor medicale și contraceptivelor cu efect prolongat pentru persoanele din grupele

de risc medical și social.

c) procurarea preparatelor destinate dezinfecției curente/finale, dezinsecției, utilajului și accesoriilor pentru instituțiile medico-sanitare în vederea asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare;

d) planificarea corectă a timpului de muncă, ținând cont de specificul specialității în vederea asigurării accesului populației la serviciile respective;

e) programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar;

f) organizarea procesului de programare la medicul specialist de profil conform înscrierii efectuate telefonic sau nemijlocit de către pacient la acesta sau persoana numită responsabilă, în baza biletului de trimitere al medicului de familie;

g) asigurarea evidenței și supravegherii medicale a pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;

h) participarea medicului obstetrician-ginecolog în supravegherea și monitorizarea evoluției sarcinii femeilor gravide conform planului de conduită cu antrenarea, la necesitate, a altor medici-specialiști;

i) coordonarea și acordarea suportului consultativ-metodic instituțiilor de asistență medicală primară în conduita maladiilor cu impact asupra sănătății publice;

j) monitorizarea situației în teritoriu privind morbiditatea și măsurile întreprinse, inclusiv la nivel de administrație publică locală, pentru maladiile cu impact asupra sănătății publice;

k) organizarea și participarea la realizarea activităților necesare în focarele de boli infecțioase;

l) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil pentru supravegherea pacienților cu maladiile prevăzute în Programul unic, care necesită supraveghere de comun cu medicul de familie și permit prezentarea directă a pacientului la medicul specialist de profil. În aceste cazuri instituția medicală, care prestează servicii de asistență medicală specializată de ambulator, asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

m) organizează, la necesitate, prescrierea de către medicii specialiști de profil (psihiatri) a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu actele normative în vigoare, în limita surselor financiare planificate în acest scop, monitorizând permanent situația la capitolul dat și cu realizarea măsurilor de intervenție oportune.

43. Consultația medicului specialist de profil din teritoriu se acordă persoanelor asigurate în baza biletului de trimitere eliberat de către:

a) medicul de familie și echipa sa;

b) medicul specialist de profil, pentru care persoana asigurată a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie.

44. Specialiștii de profil acordă și la domiciliu asistența medicală specializată de ambulator (*consultație medicală/de control*) în cazul în care medicul de familie a solicitat și a argumentat necesitatea acordării acesteia în condiții de domiciliu, efectuând înscrierea respectivă în documentația medicală primară, cu informarea specialistului de profil respectiv și șefului secției. În aceste cazuri, la necesitate, instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea la domiciliu a medicului specialist de profil.

45. Prezentarea repetată a pacientului pentru următoarele consultații în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără un nou bilet de trimitere și se organizează de medicul specialist respectiv, conform programării în modul stabilit.

46. Prezentarea direct la medicul specialist de profil fără bilet de trimitere pentru afecțiunile stabilite în Anexa nr.2 la Programul unic se efectuează cu respectarea următoarelor condiții:

a) dacă bolnavul nu trebuie monitorizat de către medicul de familie;

b) pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de evoluția bolii. În aceste cazuri medicul specialist de profil informează medicul de familie dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în conduita terapeutică, prin efectuarea înscrierilor respective în documentația medicală primară (formulare: 025/e; 111/e; 112/e etc.) sau în biletul de trimitere/extras (F 027 e).

47. În cadrul consultațiilor medicului specialist este asigurat întreg volumul de servicii și manopere medicale prevăzute în Programul unic, conform diagnosticului stabilit și specificului specialității, din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator.

În cazul când persoana, trimisă la consultație necesită pentru diagnosticul respectiv alte investigații, decât cele efectuate de către medicul de familie, acestea se efectuează în baza biletului de trimitere al medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator.

48. Trimiterea la investigații se efectuează în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de prezentele Norme cu aplicarea semnăturii și parafei medicului. Pentru efectuarea investigațiilor respective este interzisă solicitarea semnăturilor suplimentare sau a parafelor nereglementate.

49. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare, necesare în cadrul organizării examenelor medicale în comisie, se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, în baza trimiterii medicului specialist de profil, din contul surselor financiare ale asistentei medicale specializate de ambulator.

50. La necesitatea antrenării în activitatea comisiilor medicale respective a specialiștilor din cadrul instituțiilor medico-sanitare de nivel primar (CMF, CS), aceasta se efectuează în temeiul contractului încheiat între ambele instituții medico-sanitare

teritoriale.

51. În cazul, când instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial nu dispun de capacitățile necesare pentru efectuarea asistenței medicale specializate de ambulator, prevăzută de Programul unic, aceasta se va realiza în cadrul altei instituții medico-sanitare publice atât de nivel teritorial, cât și național, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral. Costurile la serviciile medicale prestate sunt negociabile, dar nu pot depăși mărimea stabilită în Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

52. În cadrul consultației persoanei asigurate, trimise de către medicul de familie sau care s-a prezentat direct la medicul specialist de profil din aceeași instituție medico-sanitară, ultimul înregistrează datele despre rezultatele examenului clinic, diagnosticul și recomandările de tratament în documentația medicală primară de ambulator.

La prezentarea directă a persoanei asigurate la medicul specialist de profil, în cazul maladiilor indicate în anexa nr.2 la Programul unic, inclusiv la adresările persoanei asigurate în cazurile de urgență, inclusiv traumatisme, investigațiile de laborator și instrumentale prevăzute în compartimentul II și III din anexa nr. 4 al Programului Unic se efectuează la trimiterea medicului specialist de profil din contul mijloacelor asistenței medicale specializate de ambulator.

53. În cazul efectuării consultației respective de către medicul specialist din alt teritoriu, acesta remite în mod obligatoriu medicului/instituției, care a trimis pacientul la consultație formularul 027/e completat cu informația referitor la diagnosticul, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările de tratament și supraveghere etc.

54. La necesitatea efectuării tratamentului sub supravegherea specialistului de profil, acesta înregistrează fiecare vizită repetată în cadrul cazului respectiv de boală, în baza biletului de trimitere (formular 027/e), care a fost eliberat primar de către medicul de familie pentru cazul dat.

55. La necesitate, medicul specialist de profil asigură trimiterea persoanei asigurate pentru consultație medicală la un alt medic specialist de profil din aceeași instituție în cadrul aceluiași caz de boală, în baza înscrierii respective în documentația medicală primară, organizînd la necesitate programarea pentru consultația necesară.

56. În cazul, când stabilirea diagnosticului, tratamentul sau examinarea persoanei asigurate depășește competența instituției medico-sanitare teritoriale, medicul specialist de profil trimite pacientul la consultație medicală, investigații de înaltă performanță și internare în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea acestor servicii.

Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 33, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programată în secția...*” sau „*Se trimite pentru consultație/investigație de înaltă performanță în...*”.

În cazul trimiterii persoanei asigurate la servicii de înaltă performanță în propria instituție, trimiterea se asigură în baza înscrierii în documentația medicală primară (F 025

e; 111 e; 112 e etc.).

Instituțiile medico-sanitare asigură evidența trimiterilor la servicii de înaltă performanță în vederea gestionării corecte a fluxului de pacienți și respectării cotei părți stabilite pentru fiecare teritoriu/instituție.

57. Specialistul de profil din instituția medico-sanitară publică republicană consultă pacientul în baza biletului de trimitere a medicului specialist de profil din instituția medico-sanitară teritorială, completat în modul stabilit.

58. La constatarea necesității efectuării consultațiilor altor specialiști de profil, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare publice de nivel național (republicane) pentru cazul respectiv de boală, specialistul de profil din instituția medico-sanitară publică republicană asigură consultația necesară în baza înscrierii respective în documentația medicală primară sau biletului de trimitere (F 027 e), organizând la necesitate programarea pentru consultația necesară.

59. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și manoperelor medicale specifice, inclusiv serviciilor medicale de înaltă performanță, se efectuează în baza biletului de trimitere, emis de către specialistul de profil, conform indicațiilor medicale.

60. Instituțiile medico-sanitare publice de nivel național duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/republicane și informează instituția medico-sanitară teritorială despre rezultatele examinărilor efectuate, completând biletul de trimitere cu indicarea detaliată a tuturor datelor despre rezultatele consultațiilor și investigațiilor, efectuate la nivel național, despre diagnosticul stabilit și recomandările de tratament în continuare.

61. Organizarea consultului persoanelor asigurate de către colaboratorii catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, care activează în cadrul secțiilor consultative/policlinicilor și instituțiilor medico-sanitare, se realizează în conformitate cu mecanismul expus la capitolul dat.

62. Se interzice solicitarea și/sau aplicarea pe biletul de trimitere la consultații, investigații, internare programată în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice naționale a altor semnături și parafe decât cele indicate pe formular, respectiv: parafa cu antetul instituției medico-sanitare, semnătura și parafa personală a medicului și a instituției medico-sanitare.

Asistența medicală stomatologică

63. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice. Pentru realizarea volumului de asistență medicală stomatologică, conducătorul instituției medico-sanitare publice respective asigură condițiile necesare prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale;
- b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;
- c) organizarea examenelor medicale în grădinițe, instituții de învățământ secundar general și profesional;
- d) monitorizarea situației privind prestarea serviciilor de asistență medicală stomatologică și întreprinderea măsurilor ce se impun pentru realizare.

Asistența medicală spitalicească

64. Asistența medicală spitalicească se acorda persoanelor asigurate în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic de către instituțiile medico-sanitare spitalicești, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

65. Conducătorul instituției medico-sanitare de asistență medicală spitalicească asigură acordarea asistenței respective în volumul stabilit de Programul unic prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale și echipamentul respectiv;
- b) dotarea corespunzătoare a instituției cu medicamente și consumabile necesare, incluse în formularul farmacoterapeutic al instituției medico-sanitare în cauză;
- c) condiții necesare pentru supravegherea pacienților în secția de internare;
- d) asigurarea condițiilor hoteliere în corespundere cu normele sanitare în vigoare;
- e) asigurarea alimentației, conform normativelor stabilite pentru afecțiunea respectivă;
- f) organizarea efectuării oportune și în volum deplin a manoperelor medicale specifice, investigațiilor instrumentale și de laborator, consultațiilor specialiștilor, conform indicațiilor medicale prescrise de medicul curant, medicii consultanți și/sau Consiliul Medical pentru maladia de bază, precum și pentru maladiile concomitente stabilite și care influențează rezolvarea cazului;

66. Trimiterea pentru internare în instituțiile medico-sanitare de toate nivelurile a persoanelor ce necesită asistență spitalicească se efectuează în funcție de starea sănătății pacientului și/sau influența maladiei asupra sănătății publice a populației.

67. Cazul tratat este un serviciu medical spitalicesc, exprimat prin cazul rezolvat, care cuprinde: spitalizarea pacientului conformă criteriilor stabilite în Programul unic, asigurarea condițiilor hoteliere și alimentația adecvată, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului conform standardelor medicale de diagnostic și tratament, protocoalele clinice instituționale sau naționale și finalizat cu externare (cu excepția decesului) sau transfer în altă instituție de un nivel mai înalt după argumentarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a stabilizării, ameliorării stării cu prescrierea recomandărilor concrete pentru etapa următoare.

68. Internarea de urgență sau necondiționată în spital se efectuează independent de prezența poliței de asigurare:

a) cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie;

b) cu bilet de trimitere eliberat de medicul specialist de profil;

c) la trimiterea serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, inclusiv spitalizarea, prin intermediul serviciului „AVIASAN”, a pacienților cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare republicane/municipale, la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale, în cazurile când volumul și gradul de complexitate a asistenței medicale depășește posibilitățile instituției medico-sanitare respective;

d) fără bilet de trimitere, la prezentarea directă a pacientului în cazuri urgente, confirmate și documentate de către personalul medical al secției de internare.

69. Pacientului internat în mod urgent i se organizează în mod obligatoriu efectuarea investigațiilor necesare pentru stabilirea diagnosticului și excluderea afecțiunilor cu impact asupra sănătății publice, cu înregistrarea ulterioară a rezultatelor acestora în extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar.

70. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (sarcina extrauterină, avort spontan, naștere) se efectuează necondiționat (indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală).

În cazurile de naștere, dacă femeia gravidă nu dispune de polița de asigurare, instituția medicală spitalicească eliberează un certificat care atestă stările menționate pentru a fi prezentat instituțiilor medicale primare cu scop de evidență și prezentare ulterioară agențiilor teritoriale ale CNAM în vederea eliberării acesteia a poliței de asigurare. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii nașterii, care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, parturientei și lăuziei, după caz).

71. Spitalizarea prin serviciul AVIASAN a persoanelor asigurate cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare publice republicane se face la cererea instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale, în cazul indicațiilor medicale pentru asistență medicală la nivelul respectiv sau când instituția medico-sanitară raională/municipală nu dispune de echipamentul și tehnologiile medicale necesare.

72. Internarea programată se efectuează doar în baza biletului de trimitere, de la medicul de familie sau medicului specialist de profil din secția consultativă, care se întocmește după cum urmează:

a) în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie, inclusiv a medicului specialist de profil pentru maladiile la care este permisă prezentarea directă la medicul specialist de profil conform anexei nr.2 la Programul unic, prin coordonare cu spitalul respectiv;

b) în spitalele de nivel terțiar (republicane) - în baza biletului de trimitere eliberat de

medicul specialist de profil, coordonată cu spitalul respectiv;

c) în cazul maladiilor oncologice primar depistate, inclusiv spitalizarea repetată pentru prelungirea tratamentului complex - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie/medicul specialist de profil sau programării de către spitalul de nivel terțiar (în acest caz nu este necesar biletul de trimitere de la medicul de familie/specialistul de profil), conform schemelor de tratament.

73. Femeile gravide sunt referite la naștere în instituțiile medico-sanitare, cu respectarea strictă a principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale.

74. La indicații medicale și sociale, stabilite de Comisia Medical Consultativă (ordinul 647 din 21.09.2010), femeilor gravide se asigură internarea pentru întreruperea sarcinii indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală.

75. Mamele (îngrijitorii) sunt spitalizate pentru îngrijirea copilului cu vîrsta sub 3 ani și/sau în cazurile justificate din punct de vedere medical. Cheltuielile hoteliere și de alimentare pentru mamă, suportate de instituția medico-sanitară respectivă sunt incluse în costul cazului tratat.

76. Pacienții afectați de infecția HIV/SIDA și tuberculoză sunt spitalizați atît la trimiterea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, cît și în cazul adresării directe a pacientului.

77. În cazul, cînd persoana asigurată, trimisă în modul stabilit la consultație la medicul specialist de profil în instituția medico-sanitară de nivel republican, necesită internare în secțiile spitalicești ale instituției respective, la prezența locurilor vacante la zi, pacientul se internează în aceeași zi, cu bilet de trimitere F 027 e eliberat de medicul specialist de profil din secția consultativă a instituției, coordonat cu șeful secției consultative.

78. Dacă medicul specialist de profil al instituției medico-sanitare publice republicane, în urma examinării persoanei asigurate trimisă pentru consultație/investigație în modul stabilit, constată stare de urgență la persoana asigurată, aceasta este internată în instituția medico-sanitară publică republicană conform indicațiilor pentru cazurile de urgență.

79. Instituțiile medico-sanitare publice efectuează internarea programată a persoanelor asigurate ca pacienți tematici, la cererea catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din cota locurilor disponibile pentru internări programate pentru fiecare unitate administrativ-teritorială, în baza biletului de trimitere eliberat în modul stabilit.

Planificarea numărului și profilului pacienților tematici se face din timp, de comun acord cu administrația instituțiilor medico-sanitare publice, fără a perturba procesul diagnostico-curativ și principiul proporționalității, stabilit pentru fiecare unitate administrativ-teritorială.

80. Instituțiile medico-sanitare publice spitalicești duc evidența serviciilor medicale prestate pacienților (persoanelor asigurate și neasigurate separat) trimiși de instituțiile medico-sanitare teritoriale și informează instituția medico-sanitară teritorială prin extras din fișa medicală de staționar (F 027 e) completat conform cerințelor formularului.

81. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (*serviciile medicale paraclinice*) și a manoperelor medicale specifice, se efectuează pacienților internați, în volum deplin, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare.

Persoanei internate în mod urgent, neinvestigat anterior în condiții de ambulator, i se organizează în mod obligatoriu, suplimentar la investigațiile realizate conform diagnosticului și cerințelor în vigoare, inclusiv efectuarea MRS cu sânge colectat din venă, pentru bolnavi de la vârsta de 15 ani, analiza fecalelor la ouă de helminți, microradiografia și examenul ginecologic, cu înregistrarea ulterioară a rezultatelor acestora în extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar.

82. În cazul, când instituția medico-sanitară spitalicească nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor de laborator și instrumentale (*serviciile medicale paraclinice*) în volum deplin, efectuarea lor se asigură în temeiul contractelor bilaterale cu alte instituții medico-sanitare de nivel teritorial sau republican, inclusiv cu Centrele de Sănătate Publică.

83. În perioada de noapte, secțiile de internare ale spitalelor asigură pînă în dimineața zilei următoare supravegherea persoanelor (pacienților) transportate de ambulanță sau care s-au adresat direct în orele tîrzii ale serii după ajutor medical, dar care, conform indicațiilor medicale, nu necesită spitalizare și urmează a fi tratate în condiții de ambulator. Cheltuielile respective vor fi acoperite din contul mijloacelor alocate secțiilor de internare, conform prevederilor din Capitolul IV al prezentelor Norme metodologice.

În cazul când bolnavii internați necesită transferare programată pentru continuarea tratamentului spitalicesc în spitalele de profil, inclusiv pentru pacienții cu maladii psihiatrice, narcologice și tuberculoză, instituția organizează transportarea medicală asistată a acestora cu transportul sanitar propriu, după coordonarea prealabilă de către ei a internării cu spitalele de profil respective. Se interzice externarea la domiciliu a pacienților cu tuberculoză ce necesită transfer în instituția medico-sanitară de profil.

Servicii medicale de înalta performanță

84. Serviciile medicale de înaltă performanță în volumul și pe tipurile, specificate în anexa nr.5 al Programului Unic se acordă persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate pentru prestarea acestui tip de servicii și contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în condițiile legii.

85. Instituțiile medico-sanitare respective, informează instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial și național, inclusiv Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, despre numărul investigațiilor garantate fiecărui teritoriu sau instituții de nivel național, ținînd cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea

instituției, etc.

86. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil, în limita cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată.

În cazul când în rezultatul investigației efectuate apar indicații absolute pentru efectuarea unei altei investigații, aceasta poate fi indicată către medicul specialist care a efectuat prima investigație prin argumentarea necesității acesteia în Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță (formular nr.1-19/r), aprobat prin ordinul comun MS și CNAM nr.448/111-A din 23.06.2010, în compartimentul „Diagnosticul la trimitere”.

87. Instituțiile medico-sanitare, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înalta performanță, duc evidența serviciilor respective efectuate pentru fiecare teritoriu în parte și în cazul când unele instituții teritoriale nu solicită numărul programat de investigații, asigură redistribuirea proporțională a serviciilor programate, care au rămas în surplus.

Serviciile medicale de înaltă performanță, necesare pentru rezolvarea, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare, a cazurilor de boală la pacienții internați în secțiile spitalicești, se acordă de către instituțiile medico-sanitare, prestatoare de servicii medicale de înalta performanță, în bază de contract încheiat între acestea și instituția spitalicească respectivă.

Îngrijiri comunitare, paliative și la domiciliu

88. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, la care au dreptul persoanele asigurate, sunt acordate de către prestatorii autorizați în conformitate cu prevederile legale în vigoare, care sunt contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în condițiile prevăzute de prezentele Norme metodologice.

89. Pentru pacienți se efectuează următoarele manopere medicale, ce țin de domeniul îngrijirilor medicale la domiciliu, în conformitate cu actele normative, aprobate de Ministerul Sănătății:

a) monitorizarea temperaturii, tensiunii arteriale, respirației, pulsului, diurezei, scaunului - la pacienții cu accidente cerebrovasculare, insuficiență cardio-circulatorie cronică și patologia tubului digestiv, a ficatului și pancreasului în perioada decompensată;

b) îngrijirea plăgilor, escarelor, ulcerelor trofice etc.;

c) îngrijirea stomelor (traheostomă, gastrostomă, ș.a.) și îngrijirea pacienților cu anus contra naturii;

d) spălaturi: oculara, auriculara, vaginala și gastrică;

e) clisme cu scop evacuator și cu scop terapeutic;

f) sondaj gastric cu scop evacuator și cu scop de alimentare a pacientului;

g) îngrijiri paleative în condiții de domiciliu;

h) controlul simptomelor (îngrijirea în caz de vomă, greață, constipații, diaree, incontinență de urină, candidomicoză și altele) și a durerii (evaluarea nivelului durerii, ameliorarea durerii și urmărirea efectului medicamentos).

i) *prevenirea escarelor de decubit*;

Manoperele medicale menționate pot fi acordate și în cadrul cazului asistat de îngrijiri medicale prestate beneficiarilor respectivi în condiții de hospice.

90. Prestatorul efectuează îngrijiri medicale persoanelor asigurate, cu maladii cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau după intervenții chirurgicale mari, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile când îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil din secțiile spitalicești și de ambulator.

91. Asigurarea cu medicamente, materiale sanitare (consumabile), necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale, se realizează de către prestatorii autorizați, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Reglementări comune de caracter special

92. Pentru localitățile rurale, cu acces geografic limitat la instituțiile medico-sanitare publice specializate de ambulator și spitalicești din teritoriul său de deservire, poate fi organizată asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cadrul unei instituții medico-sanitare publice din alt teritoriu, situată mai favorabil din punct de vedere geografic și contractată de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor respective populației din localitățile date.

93. Organizarea asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești în cadrul instituției medico-sanitare publice din alt teritoriu, în astfel de cazuri se efectuează la solicitarea populației, prin coordonare cu instituțiile medico-sanitare din ambele teritorii. În toate aceste cazuri atașarea pacienților la instituțiile medico-sanitare respective se admite cu acordul Ministerului Sănătății.

94. Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu, 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.

95. De asemenea, prestarea serviciilor de asistență medicală specializată de

ambulator și spitalicească populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu poate fi efectuată de instituția amplasată geografic mai accesibil în baza contractului bilateral, încheiat între ambele instituții de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească.

96. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în punctele 91 și 92 a fost încheiat un contract de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau un contract bilateral între instituții, beneficiază de servicii medicale respective în volumul stabilit de Programul unic. În toate aceste cazuri, trimiterea la consultații sau internare în instituția altui teritoriu se va efectua de către medicul de familie, care deservește localitatea dată, în baza biletului de trimitere (*formular 027/e*), completat conform cerințelor stabilite la punctul 33 al prezentelor Norme metodologice.

97. În toate cazurile menționate, asistența medicală primară se va acorda populației din localitățile date în cadrul instituției medicale primare, care deservește populația dată, în volum stabilit pentru nivelul Centrului de Sănătate respectiv. Concomitent, instituțiile medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator de nivel teritorial vor asigura prestarea serviciilor medicale (*investigații de laborator și instrumentale*) pentru instituția medico-sanitară publică primară, care nu dispune de serviciile respective, în temeiul contractului bilateral încheiat.

Serviciile medicale regionalizate vor fi prestate de către instituțiile medico-sanitare spitalicești prestatoare a serviciilor respective persoanelor asigurate din teritoriile arondate către acestea, Compania Națională de Asigurări în Medicină asigurând contractarea serviciilor respective în modul stabilit.

98. Deficiențele înregistrate în organizarea trimiterii persoanelor asigurate la instituțiile medico-sanitare publice de nivel teritorial sau național cât și privind volumul investigațiilor efectuate la nivelul (etapa) precedent(ă), se semnalează de către instituția respectivă cu atenționarea instituției medico-sanitare care a îndreptat pacientul și informarea Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru întreprinderea măsurilor ce se impun.

99. La constatarea permanentă a deficiențelor respective, documentate cu dovezi argumentate privind cheltuielile suplimentare, suportate de către instituțiile medico-sanitare publice de nivel teritorial sau național din cauza prestării sub nivelul necesar și volumul stabilit a serviciilor medicale acordate pacienților trimiși de către instituțiile medico-sanitare de la etapa precedentă, se va lua decizia de restituire a cheltuielilor respective în baza facturilor prezentate, în temeiul acordului semnat de ambele instituții, iar în caz de conflict, - după coordonare cu Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Capitolul III.

Investigațiile paraclinice

100. Investigațiile paraclinice, de care beneficiază populația în cadrul asigurării

obligatorii de asistență medicală se specifică conform nivelului la care se prestează după cum urmează:

- a) Investigațiile paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală primară;
- b) Investigațiile paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală specializată de ambulator.
- c) Serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice;
- d) Serviciile medicale de înaltă performanță.

101. Serviciile medicale paraclinice la nivel de asistență medicală primară se acordă conform indicațiilor medicale, la prescrierea medicului de familie, indiferent de statutul persoanei, (atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate) și sînt specificate în compartimentul I al anexei nr. 4 al Programului Unic.

102. Serviciile medicale paraclinice la nivel de asistență medicală specializată de ambulator specificate în compartimentul II al anexei nr. 4 al Programului Unic se efectuează persoanelor asigurate, (iar persoanelor neasigurate – doar în caz de HIV/SIDA și tuberculoză), la prescrierea medicului specialist de profil, în cazul cînd pacientul se prezintă la acesta pentru asistență medicală în conformitate cu prezentele Norme.

103. În cazul investigațiilor de radiodiagnostic, numărul de incidente, volumul necesar al investigației și investigațiile necesare pentru stabilirea diagnosticului imagistic se stabilesc în final de medicul imagist radiolog.

104. Serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice de care beneficiază populația în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală la nivel de asistență medicală primară și asistență medicală specializată de ambulator, specificate în compartimentul III din anexa nr. 4 al Programului Unic, se acordă:

- a) în Centrele de sănătate din localitățile rurale la prescrierea medicului de familie;
- b) în IMSP raionale și municipale la prescrierea specialistului în fizioterapie și kinetoterapie sau medicului specialist de profil.

Capitolul IV. Modalitatea de plată și criteriile

privind contractarea prestatorilor de servicii medicale

A. Particularitățile contractării pe tipurile de asistență medicală

105. Compania Națională de Asigurări în Medicină va contracta instituțiile medico-sanitare autorizate pentru prestarea serviciilor medicale incluse în Programul Unic, fără depășirea tarifelor aprobate conform Catalogului tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare publice.

Se interzice prestarea serviciilor respective la alt cost decât cel stipulat în contract, cu solicitarea de la persoana asigurată a plăților suplimentare.

106. Pentru anul 2012 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- b) asistența medicală primară;
- c) asistența medicală specializată de ambulator;
- d) asistența medicală spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale comunitare, paliative și la domiciliu.

107. Pentru contractarea serviciilor medicale vor fi utilizate următoarele metode de plată a prestatorilor de servicii medicale:

- per capita;
- per serviciu;
- per caz tratat;
- per zi-pat;
- per vizită;
- buget global;
- plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat;
- bonificația pentru indicatori de performanță.

108. În cadrul procesului de contractare se va ține cont de fluxul real format al pacienților asigurați și de realizarea treptată a echității în distribuirea resurselor financiare.

109. Plafoanele de cheltuieli pentru fiecare tip de asistență medicală sunt stabilite în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2012, după cum urmează:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească - 324 209,2 mii lei;
- b) asistența medicală primară - 1 134 089,9 mii lei, inclusiv medicamente compensate - 162 600,0 mii lei;
- c) asistența medicală specializată de ambulator - 280 576,0 mii lei;
- d) asistența medicală spitalicească - 1 902 517,3 mii lei; se substituie prin OMS796/150 din 09.08.12, MO177-180/24.08.12 art.1062; în vigoare 01.08.12**
- e) servicii medicale de înaltă performanță - 130 820,5 mii lei;
- f) îngrijiri medicale comunitare, paliative și la domiciliu - 5 611,5 mii lei.

110. În cazul depășirii sumei semestriale planificate pe țară pentru compensarea medicamentelor, această depășire va fi reținută proporțional din contul instituțiilor medico-sanitare, care au depășit suma limită pentru prescrierea medicamentelor compensate, inclusiv a instituțiilor medico-sanitare spitalicești la depășirea sumei planificate pentru medicamentele psihotrope.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

111. Metodele de plată în asistența medicală urgentă prespitalicească sunt:

- a) plata „per capita”;
- b) bonificația pentru indicatori de performanță.

112. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul de persoane identic celor înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a instituției de asistență medicală urgentă prespitalicească la 01 decembrie 2011, ora 23⁵⁹.

113. Ca temei pentru achitarea bonificației se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori de performanță:

Indicatorul 1: *Lipsa divergențelor între diagnosticul serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit.*

Criteriul de îndeplinire - rata coincidenței diagnosticului serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit nu mai mică de 85 % cu condiția prezentării a cel puțin 90 % cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144/e) care au solicitat asistență medicală de urgență (*pentru persoanele care nu au fost spitalizate servește diagnosticul din secția de internare*).

Indicatorul 2: *Asigurarea stației zonale cu medici.*

Criteriul de îndeplinire - asigurarea stației zonale cu medici (2,5 unități ocupate la 10 000 populație totală a teritoriului deservit).

114. Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanță se face trimestrial. Evidența indicatorilor nu este cumulativă.

115. Tariful „per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 92,80 lei. Suma anuală constituie 310 515,9 mii lei.

116. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță este de 13 213,3 mii lei, inclusiv pentru:

- indicatorul 1 - 10 613,3 mii lei
- indicatorul 2 - 2 600,0 mii lei

117. Suma anuală alocată pentru Centrul Republican Medicina Calamităților constituie 480,0 mii lei.

Asistența medicală primară

118. 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 în baza criteriilor stipulate în punctul 18 al prezentelor Norme metodologice.

119. 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) și poziții contractuale separate.

120. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

- a) plata „per capita”;
- b) plata prin buget global;
- c) bonificația pentru indicatori de performanță.

121. 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 01 decembrie 2011, ora 23⁵⁹, ajustat la risc de vîrstă conform următoarelor grupuri :

- de la 0 - pînă la 4 ani 11 luni 29 zile
- de la 5 - pînă la 49 ani 11 luni 29 zile
- de la 50 ani și peste.

122. Ca temei pentru achitarea bonificației se stabilește îndeplinirea următorilor indicatori de performanță:

a) Indicatorul 1: *Asigurarea examenului ginecologic profilactic, cu prelevarea citologiei*
Criteriul de îndeplinire - numărul examenelor ginecologice profilactice efectuate cu prelevarea citologiei raportate o dată la 2 ani la femei cu vîrsta de la 20 ani.

b) Indicatorul 2: *Tratamentul ambulator al pacienților cu tuberculoză, supravegheat de medicul de familie*

Criteriul de îndeplinire - numărul cazurilor finalizate de tratament ambulator al pacienților cu tuberculoză, supravegheate de medicul de familie și echipa sa.

c) Indicatorul 3: *Supravegherea gravidelor luate la evidență în termen de gestație pînă la 12 săptămîni*

Criteriul de îndeplinire - numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație

până la 12 săptămâni și supravegheate de medicul de familie și echipa sa conform standardelor în vigoare.

d) Indicatorul 4: *Supravegherea copilului primului an de viață*

Criteriul de îndeplinire - numărul copiilor primului an de viață supravegheați de medicul de familie și echipa sa conform standardelor în vigoare.

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

a) suma de 926 913,4 mii lei, alocată *per capita* pentru volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic (inclusiv pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie) și prezentele Norme metodologice;

b) suma de 162 600,0 mii lei, alocată *per capita* pentru compensarea costului medicamentelor prescrise persoanelor înregistrate (asigurate și neasigurate) în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară;

c) suma de 4 986,9 mii lei alocată pentru Centrele prietenoase tinerilor;

d) suma de 1 107,5 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003;

e) suma de 38 482,1 mii lei pentru indicatori de performanță.

124. Tarifele „per capita” pentru grupurile de vîrstă stabilite în asistența medicală primară sunt următoarele:

- de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29 zile - 402,60 lei
- de la 5-pînă la 49 ani 11 luni 29 zile - 236,84 lei
- de la 50 ani și peste - 355,28 lei.

125. Volumul bonificației se estimează în dependență de numărul de servicii efectuate, reieșind din următoarele tarife:

- indicatorul 1 - 20 lei
- indicatorul 2 - 800 lei
- indicatorul 3 - 350 lei
- indicatorul 4 - 500 lei

Sumele respective se utilizează integral pentru echipa medicului de familie care a realizat indicatorul.

Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanță în asistența medicală primară se efectuează trimestrial.

În cazul depășirii pe țară a cotei trimestriale a volumului de bonificație, costul serviciului va fi estimat în puncte. Valoarea punctului se va calcula, reieșind din cota

trimestrială a sumei prevăzute pentru bonificație.

126. Suma-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate se calculează în modul următor:

a) pentru instituțiile medico-sanitare primare - în conformitate cu punctele acumulate în dependență de numărul populației asigurate, cu ajustare la numărul de bolnavi asigurați cu HTA. Suma totală constituie 149 600,0 mii lei. Valoarea unui punct constituie 36 lei.

Instituția va acumula:

- pentru fiecare persoană asigurată înregistrată în „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” - 1 punct;

- pentru o persoană asigurată cu HTA (conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate) - 5,4 puncte;

b) pentru instituțiile medico-sanitare ce prescriu medicamente compensate psihotrope și anticonvulsivante, în conformitate cu numărul de persoane (asigurate sau neasigurate) cu afecțiuni psihice (schizofrenie, epilepsie) conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate. Suma totală constituie 13 000,0 mii lei.

127. Cheltuielile legate de acumularea datelor statistice, întocmirea centralizatoarelor (anuale și periodice), consultația juridică, asistența medicală pediatrică de ambulatoriu și planificare familială, precum și acordarea de către CMF la nivel raional a ajutorului consultativ-metodic centrelor de sănătate autonome în conformitate cu ordinul Ministrului Sănătății nr. 695 din 13.10.2010, vor fi acoperite din contul centrelor de sănătate autonome din teritoriul respectiv, în baza contractelor încheiate bilateral cu Centrele Medicilor de Familie din teritoriul respectiv, *reieșind din suma 3,5 lei per capita*.

Asistența medicală specializată de ambulator

128. Asistența medicală specializată de ambulator include:

a) asistența medicilor specialiști de profil;

b) asistența medicală stomatologică.

129. Asistența medicală stomatologică se împarte în:

- asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău;

- asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, IMS raionale și din UTA Găgăuzia.

130. Metodele de plată a asistenței medicale specializate de ambulator sunt:

1) Pentru asistența medicilor specialiști de profil:

- „*per capita*”;
- „*per caz tratat*”;
- „*buget global*”;
- „*plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat*”.

2) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău:

- „*per capita*”;
- „*buget global*”.

3) Pentru asistența medicală stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, IMS raionale și din UTA Găgăuzia:

- „*per capita*”.

131. La estimarea volumul 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 01 decembrie 2011, ora 23⁵⁹.

132. Pentru prestatorii care oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilesc în baza tarifului „*per capita*”, achitat în limita sumei anuale de 187 041,0 mii lei în mărime de:

- 81,88 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);

- 89,20 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți;

- 81,68 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.

133. Finanțarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este stabilită în limita sumei anuale de 56 109,9 mii lei prin următoarele metode:

a) plata prin „*buget global*” - instituțiile medico-sanitare republicane, punctele traumatologice din mun. Chișinău, Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, Dispensarul Dermatovenerologic

Municipal Chișinău, centrele comunitare de sănătate mintală, laboratorul național de referință a Institutului de ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, laboratorul național de referință a Spitalului de boli tuberculoase Vorniceni, laboratorul de referință a Spitalului Clinic Municipal Bălți, secția consultativă a Spitalului Clinic Municipal nr.1, pentru acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză în conformitate cu prevederile legislației.

b) plata per „caz tratat” - pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată de centrul de reabilitare a bolnavilor de narcomanie;

c) 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 în faza intensivă a persoanelor asigurate și neasigurate bolnavi cu tuberculoză (caz nou și readmis), fără eliminări de M.Tuberculosis.

134. Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 37 424,9 mii lei, inclusiv:

a) finanțarea prin „buget global” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 8 886,7 mii lei.

b) finanțarea „per capita” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Chișinău la tariful de 7,48 lei. Suma pe an constituie 4 716,4 mii lei.

Notă: Ținând cont de specificul structurii asistenței medicale stomatologice din mun.Chișinău, suma alocată „per capita” nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global.

c) finanțarea „per capita” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți, IMS raionale și din UTA Găgăuzia la tariful „per capita” - 14,36 lei. Suma pe an constituie 23 796,5 mii lei.

d) suma de 25,3 mii lei alocată pentru IMSP, indicate la pct.12 lit.i) din Hotărârea Guvernului nr.1593 din 29.12.2003.

Asistența medicală spitalicească

135. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

a) plata pe „caz tratat” (cu evaluare pe profil sau pe DRG)- pentru volumul de activitate spitalicească de scurtă durată prestat persoanelor asigurate spitalizate în limitele prevederilor Programului Unic;

b) plata pe „zi-pat”:

- pentru asistența medicală pe profilul „ftiziatrie”;

- pentru volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați cu forma de spitalizare de „zi”

c) plata pe „*buget global*”:

- pentru volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați în secția de internare care ulterior nu au fost spitalizați;
- pentru serviciile prestate în Departamentele Medicină de Urgență a IMSP CNȘPMU, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal Bălți;
- pentru secțiile hemodializă;
- pentru asistența medicală pe profilurile psihiatrie, inclusiv pentru tratamentul prin constrângere (după precizarea diagnosticului), narcologie și psihiatrie concomitent cu ftiziatrie;
- serviciul „Aviasan”;
- pentru serviciile de protezare oromaxilofacială în Institutul Oncologic.

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

- pentru cheltuielile de transport public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei;
- pentru medicamente și consumabile costisitoare.

136. Mecanismele de contractare ale instituțiilor medico-sanitare și de evaluare a îndeplinirii condițiilor contractuale sunt:

a) *Mecanismul 1.*

Se utilizează la contractarea asistenței medicale spitalicești pentru cazurile de scurtă durată în instituțiile medico-sanitare republicane, municipale și raionale (cu excepția IMS care se contractează după mecanismul 3) în dependență de profilurile de activitate spitalicească existente în structura acestor spitale.

În contract se specifică:

- numărul de cazuri tratate contractate pe profil;
- tariful mediu al cazului tratat pe profil;
- suma contractuală pe profil.

Drept criteriu de bază al evaluării contractului servește îndeplinirea numărului contractat de cazuri tratate.

Fluctuația sezonieră peste media trimestrială de cazuri tratate contractate pe profil se redistribuie pentru achitare în trimestrele cu cazuri tratate realizate sub medie.

b) *Mecanismul 2.*

Se utilizează pentru contractarea nașterilor conform grupurilor de cazuri tratate

utilizate în anul precedent (cu excepția IMS care se contractează după mecanismul 3).

În contract se specifică:

- suma contractuală pe profil;
- grupurile de cazuri tratate acceptate pentru profilul respectiv;
- tariful mediu al grupului de cazuri tratate.

Drept criteriu de baza al evaluării contractului servește îndeplinirea sumei contractuale.

Fluctuația sezonieră peste media trimestrială a sumei contractate pe profil se redistribuie pentru achitare în trimestrele cu sumele trimestriale realizate sub medie.

c) Mecanismul 3.

Plata pe grupuri omogene de diagnostic. Prevede rambursarea spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX).

Se utilizează la contractarea asistenței medicale spitalicești pentru cazurile de scurtă durată în următoarele instituții medico-sanitare:

1. Spitalul Clinic Republican
2. Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență
3. Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.
4. Spitalul Clinic Municipal "Sf.Arhanghel Mihail"
5. Spitalul Clinic Municipal de Copii "V.Ignatenco"
6. Spitalul Clinic Municipal Bălți.
7. Spitalul Raional Orhei.
8. Spitalul Raional Cahul.
9. Spitalul Raional Cimișlia.

În contract se specifică:

- numărul de cazuri tratate contractate (se estimează istoric);
- ICM realizat de spital retrospectiv în ultimele 12 luni;
- tarif propriu calculat pentru spital;
- suma contractuală.

Procedeele de colectare, raportare a datelor la nivel de pacient și rambursare în funcție de complexitatea cazurilor se stipulează în Regulamentul cu privire la rambursarea spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX), elaborat de MS și CNAM.

137. Tariful mediu al „cazului tratat” pe profil utilizat în cadrul mecanismelor 1 și 2 este diferențiat pentru instituțiile medico-sanitare raionale, municipale și republicane în conformitate cu prevederile ordinului Ministerului Sănătății nr.979 din 16 decembrie 2011 „Cu privire la aprobarea costurilor cazurilor tratate pentru anul 2012”, cu modificările și completările ulterioare.

138. Contractarea asistenței medicale spitalicești pe profilurile, care se consideră de lungă durată (*psihiatrie, narcologie, psihiatrie concomitent cu ftiziatrie*) se realizează în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice, stabilite în actele normative ale Ministerului Sănătății.

139. Serviciile prestate în secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate (cu excepția Departamentelor Medicină de Urgență a IMSP CNȘPMU, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal Bălți) se contractează separat, în limita a 1,2% din suma contractuală anuală pentru asistența medicală spitalicească.

140. Cheltuielile suportate pentru tratamentul pacientului transferat în altă instituție medicală în primele 24 ore de la spitalizare, decesul pacientului în primele 24 ore de la spitalizare, abandonul tratamentului de către pacient, vor fi acoperite din suma contractuală anuală destinată secției de internare.

141. Suma destinată serviciului hemodializă constituie 43 692,7 mii lei și cuprinde inclusiv cheltuielile anterior finanțate din sursele centralizate ale MS (materiale de consum pentru dializă, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină).

142. În cadrul nevalidării cazurilor tratate, echivalentul bănesc al acestor cazuri 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.

143. Criteriile generale de nevalidare a cazurilor tratate în staționar prezentate spre achitare:

- 1) cazul tratat a persoanei neasigurate, dar prezentată ca asigurată;
- 2) cazul prezentat spre achitare (prezentat în factură), dar care nu a fost efectuat;
- 3) cazul prezentat spre achitare, dar care a fost achitat integral sau parțial de pacient sau de altă persoană fizică sau juridică;
- 4) cazul de spitalizare neîntemeiată;

- caz programat - fără bilet de trimitere eliberat în conformitate cu prevederile Normelor metodologice;

- caz urgent - conform diagnosticului stabilit de secția de internare și după asistența efectuată (sau necesita a fi efectuată), conform datelor justificative din punct de vedere medical și social, în această secție putea fi tratat în continuare în condiții de ambulator;

5) caz nerezolvat:

a) pentru cazurile programate și urgente:

- monitorizarea insuficientă și tratamentul neadecvat, cauzat de nerespectarea cerințelor standardului de tratament, protocolului clinic instituțional;

- externare neîntemeiată: neconfirmarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a ameliorării și lipsei concluziei despre posibilitatea continuării tratamentului sau îngrijirii în condiții de ambulator sau la domiciliu cu recomandări concrete pentru etapa de asistență medicală următoare;

b) pentru cazurile programate:

- cazul de spitalizare programată pentru tratament prin intervenție chirurgicală (invazivă), însă intervenția nu a fost efectuată;

6) cazurile de transfer în altă instituție:

- în cazurile programate - când transferul este efectuat cu aceeași patologie, care era posibil de tratat în instituția dată.

144. În scopul reducerii motivației de depășire a volumelor contractate de servicii spitalicești, în limitele mijloacelor financiare disponibile, se va folosi plata anuală regresivă, care prevede o dependență invers proporțională între gradul de depășire a sumei contractate și valoarea tarifului cazului tratat. Astfel:

-pentru depășirea sumei contractului pe profil cu până la 5%, tariful pentru surplusul de cazuri prestate va constitui 40% din tariful mediu al cazului tratat;

-pentru depășirea 5-10% - tariful va constitui 20% din cel mediu pe profil;

-pentru depășirea 10-20% - tariful va constitui 10% din cel mediu pe profil;

-pentru depășirea 20-40% - tariful va constitui 5% din cel mediu pe profil;

- depășirile peste 40% nu se achită.

Servicii medicale de înaltă performanță

145. Metoda de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță este - "*per serviciu*".

146. Compania Națională de Asigurări în Medicină va contracta serviciile medicale de înaltă performanță, prevăzute în anexa nr. 5 la Programul unic, prestate de către instituțiile medico-sanitare autorizate, în baza tarifelor negociate cu acestea, fără a depăși tarifele aprobate de Ministerul Sănătății.

Se interzice prestarea serviciilor respective la alt cost decât cel stipulat în contract, cu solicitarea de la persoana asigurată a plăților suplimentare.

147. Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică în limita contractată, volumul și spectral de servicii, asigurând accesul echitabil pentru pacienții instituțiilor medico-sanitare, încadrate în asigurarea obligatorie de asistență medicală cu informarea trimestrială a acestora, a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Ministerului Sănătății.

Îngrijiri medicale comunitare, paliative și la domiciliu

148. Îngrijirile medicale comunitare, paliative și la domiciliu se vor contracta în temeiul actelor normative ale Ministerului Sănătății.

149. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale la domiciliu este "*per vizită*".

150. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale paliative prestate în condiții de hospice este "*per zi-pat*":

B. Modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate

151. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale urgente prespitalicească* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță și cu excluderea sumelor achitate anterior;
- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator.

152. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale primare* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile:

- pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$

parte din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță;

- în baza facturilor prezentate de instituțiile farmaceutice contractate, la valoarea integrală a lor.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță și cu excluderea sumelor achitate anterior și a eventualelor depășiri peste suma-limită de prescriere a medicamentelor compensate;
- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator.

153. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate tratamentului bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulator și cu excluderea sumelor achitate anterior;
- suma pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulator, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator.

154. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale spitalicești* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea cazurilor tratate, în limita $\frac{1}{4}$ din sumele contractate pe fiecare profil, cumulativ de la începutul anului;

- integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „buget global”, cu excluderea sumelor achitate 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.

155. Achitarea *serviciilor medicale de înaltă performanță* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată, integral suma pentru îndeplinirea

serviciilor medicale, în limita $\frac{1}{4}$ sumei contractate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

156. Achitarea *îngrijirilor medicale comunitare, paliative și la domiciliu* se va face:

a) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans, în mărime de pînă la 80% din $\frac{1}{12}$ parte din suma contractuală anuală.

b) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată, integral suma pentru îndeplinirea serviciilor medicale, în limita $\frac{1}{4}$ sumei contractate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

157. 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 $\frac{1}{12}$ din suma contractuală anuală.

C. Procedura de negociere și de soluționare a litigiilor

158. Contractarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se va face prin negocieri dintre administrația prestatorului de servicii medicale și reprezentanții împuterniciți ai Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cu participarea reprezentantului Ministerului Sănătății sau a administrației publice locale în calitate de fondatori.

159. Litigiile care nu pot fi soluționate în cadrul negocierilor sunt examinate în ședințele comisiei de mediere constituite pe bază de paritate din reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Ministerul Sănătății. Deciziile sunt definitive și obligatorii pentru părțile contractante.

D. Dispoziții finale

160. 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 2012, conform formularului aprobat. La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

161. Mijloacele financiare obținute de către prestator în urma îndeplinirii indicatorilor de performanță vor fi utilizate pentru stimularea lucrătorilor medicali care nemijlocit au contribuit la îndeplinirea acestora, în conformitate cu prevederile actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

162. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare

separate, interzicându-se utilizarea arbitrară a mijloacelor destinate unui tip de asistență medicală pentru altul.