

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**



**COMPANIA NAȚIONALĂ DE
ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ**

**ORDIN
ПРИКАЗ**

10.12.2008 Nr. 473/213-A

mun. Chișinău

privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Ministerul Sănătății, în temeiul pct. 8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 326 din 21.03.2007 și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul Statutului, 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”,

ORDONĂ:

1. Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Norme metodologice) conform anexei.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice raionale și republicane, Directorul Direcției Sănătății a 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 când 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 neasigurate în instituția respectivă.

4 Șeful Direcției Asigurări în Sănătate al Ministerului Sănătății, dl Valeriu Sava și vicedirectorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, dl Vasile Pascal, vor asigura realizarea prevederilor ordinului dat.

5 Controlul asupra executării prezentului ordin ni-l asumăm.

Ministrul Sănătății



Larisa CATRINICI

Directorul general al Companiei
Naționale de Asigurări în Medicină



Gheorghe RUSSU

Normele metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Norme metodologice de aplicare în anul 2009 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.

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 volumul mijloacelor acumulate în fondurile 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 a persoanelor asigurate la asistența medicală de toate nivelurile în volumul stabilit de Programul unic cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia.

5. 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 și eficienței prestatorilor, în baza criteriilor de contractare ai acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

6. 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, 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

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

a) atât în caz de boala cât și în caz de vizită profilactică, persoana asigurată se prezintă inițial, cu polița de asigurare obligatorie de asistență medicală și buletinul de identitate, la medicul de familie, care organizează asistența medicală în volumul stabilit de Programul unic;

b) în toate cazurile în care neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului și/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 ce a încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, în regim continuu, pînă la stabilizarea stării sănătății pacientului și/sau transmiterea pentru tratament în altă instituție medicală;

c) în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața, stabilite în Programul unic, asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată, 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, care necesită tratament spitalicesc, persoanele asigurate se internează în spital la trimiterea medicului de familie, serviciului de Asistență Medicală Urgentă prespitalicească, medicului specialist de profil și la adresarea persoanei asigurate fără bilet de trimitere (formular 027/e) – în mod de urgență;

f) asistența medicală programată se acordă în instituțiile raionale și municipale 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 la Programul unic. În instituțiile republicane asistența medicală programată se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul specialist de profil de la instituțiile medico-sanitare publice teritoriale.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

8. Asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă în conformitate cu prevederile legislației în vigoare, în volumul stabilit de Programul unic.

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

10. Asistența medicală urgentă prespitalicească se efectuează la apelul pacientului, altor persoane din numele pacientului sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se

asigură în regim continuu, începînd de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și pînă la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare. La solicitare, pînă 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, tinînd cont de gradul urgenței și principiile de prioritizare stabilite de actele normative în vigoare.

12. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale majore, deservite de serviciul prespitalicesc la etapa de prespital, care necesita consultație și tratament spitalicesc sau asistență specializată de ambulator, la indicații medicale li se asigura transport medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii pînă la transmiterea acestora instituției medico-sanitare respective. Persoanele date, indiferent de dispunerea poliției de asigurare obligatorie de asistență medicală, sunt transportate în instituția medico-sanitară, care va acorda asistența medicală urgentă, iar apoi va preciza statutul de persoana asigurată.

13. Organizarea transportării medicale asistate a bolnavilor cu urgențe majore psihiatrice și narcologice 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. Transportarea medicală asistată a copiilor prematuri la centrele perinatale de nivel II, la solicitarea spitalelor raionale, se va efectua doar după coordonarea transferului preconizat cu centrele perinatale respective.

15. Transportul medical asistat prin intermediul Serviciului „AVIASAN” se efectuează la solicitarea instituțiilor medico-sanitare, care, pînă 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 urgența de la - și la domiciliu etc.*), pot fi 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 va apela persoana asigurată și care are obligativitatea de a organiza acordarea asistenței medicale primare acesteia, și după caz, accesul la celelalte nivele și tipuri de asistență și servicii medicale prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

18. Pentru a beneficia de asistență medicală, persoanele asigurate se vor înregistra obligatoriu pe lista medicului de familie, în conformitate cu Ordinul comun al MS și CNAM nr. 316/138-A din 4 august 2008.

19. În situațiile de urgență asistența medicală primară se acordă persoanelor asigurate 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, garantând 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, conducătorul instituției medico-sanitare publice respective asigură în toate instituțiile medicale subordonate condițiile necesare prin:

- a) procurarea echipamentului medical necesar;
- b) asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;
- c) organizarea accesului la medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- d) organizarea supravegherii, inclusiv la domiciliu, a persoanelor cu maladii cronice;
- e) organizarea accesului populației din localitățile defavorizate la serviciile medicului de familie;
- f) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examene de bilanț a copiilor, inclusiv a elevilor, gravidelor și persoanelor ce nu se pot deplasa fără ajutor, etc.;
- g) colectarea și transportarea prin serviciul de curier din localitățile rurale către laborator a sîngelui și altor probe/produse biologice, prelevate în scop diagnostic;
- h) stabilirea relațiilor de colaborare și schimbul de informații necesare cu lucrătorii medicali din instituțiile preșcolare și preuniversitare, unde sunt încadrați copiii înscriși în lista medicului de familie;
- i) organizarea rezolvării maxime a problemelor de sănătate a persoanei asigurate la nivelul asistenței medicale primare și trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare la instituția medico-sanitară publică 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 medicului de familie în cadrul instituției medicale trebuie să fie organizat în așa mod ca să asigure accesul populației din sectorul deservit la serviciile respective în intervalul cuprins între orele 8.00 – 20.00.

23. La prestarea serviciilor medicale profilactice persoanelor asigurate, inclusiv: examenele medicale anuale, examinarea grupelor de risc, examenele medicale în comisie a elevilor instituțiilor preșcolare și de învățământ, examenele medicale a abiturienților pentru admitere, examenele medicale profilactice pentru instituțiile medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare), medicamentele/reactivele și consumabilele necesare sunt asigurate de către instituția medicală primară.

24. Medicul de planificare a familiei (obstetrician-ginecolog) din cadrul cabinetului de sănătate a reproducerii asigură efectuarea manoperelor medicale specifice specialității. Instituțiile medico-sanitare publice primare asigură procurarea dispozitivelor medicale și contraceptivelor cu efect prolongat pentru persoanele din grupele de risc medical și social, cu maladii social condiționate, în cazurile justificate din punct de vedere medical și social.

25. Asigurarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale de unică utilizare pentru intervențiile medicale urgente, cât și pentru tratamentul în cabinetele de proceduri, staționarul de zi și la domiciliu, efectuat la trimiterea medicului de familie, 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, se asigură de către instituția medicală primară la solicitarea (prescrierea) medicului de familie. Solicitarea se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin aplicarea doar a parafei medicului de familie.

27. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnostic, prevăzute în Capitolul III a prezentelor Norme metodologice, efectuarea acestora se va realiza în cadrul altor instituții medicale de orice nivel, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral. Costurile la serviciile medicale prestate corespund Catalogului unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

28. 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 publice respective cu respectarea condițiilor stabilite de prezentele Norme metodologice. Certificatele (formularele) eliberate în cadrul realizării activităților de suport, se asigură de către instituția medicală primară.

29. 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 sînt aprobate de Ministerul Sănătății sau introducerea modificărilor neautorizate în formularele respective de evidență, aprobate prin ordinele Ministerului Sănătății, este interzisă.

30. 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 alt nivel de asistență medicală în modul stabilit de Ministerul Sănătății.

31. Consultul persoanei asigurate de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară publică respectivă, aflată în același teritoriu, se permite în baza documentației medicale primare (*formulare: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e etc.*), în care sînt prezente datele examenului clinic, investigațiile de laborator și instrumentale, efectuate la nivel de asistență medicală primară și argumentarea consultației recomandate.

32. Organizarea consultației la medicul specialist de profil din altă instituție medico-sanitară publică se efectuează în temeiul biletului de trimitere (*formular 027/e*), completat conform cerințelor respective, cu indicarea diagnosticului, datelor despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor efectuate, inclusiv în dinamică, care confirmă diagnosticul/sau suspexiții la maladia dată, rezultatele examenelor profilactice efectuate (*control la scabie și pediculoză, examenul ginecologic oncoprofilactic, tonometria*

oculară, microradiofotografia), tratamentul efectuat și scopul trimiterii la consultație (confirmarea diagnosticului, stabilirea tacticii de tratament etc.). Concomitent, se indică numărul poliței de asigurare și codul personal al pacientului. Biletul de trimitere cu antetul instituției medico-sanitare primare se autentifică doar prin aplicarea parafei medicului de familie.

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

34. Trimiterea programată pentru internare în spital a persoanei asigurate 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.

35. Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice 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. Biletului de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 32, cu mențiunea „Se trimite pentru internare programata în secția...”, sau „Se trimite pentru internare urgenta în secția...”.

36. La trimiterea pentru internare urgentă, medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, care permit aprecierea operativă a stării sănătății pacientului și determină stabilirea diagnosticului prezumtiv.

37. În cazul depistării/suspecției unei maladii, care prezintă pericol edemo-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 examinarea contactilor din focar, cu efectuarea investigațiilor necesare pentru confirmarea diagnosticului, în volumul stabilit de actele normative în vigoare.

38. La externarea persoanei asigurate din spital, medicul de familie asigură efectuarea tuturor investigațiilor necesare, în volumul stabilit de actele normative în vigoare conform recomandărilor medicului curant din secția spitalicească.

Asistența medicală specializată de ambulator

39. 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.

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

- a) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabile necesare;
- b) planificarea corectă a timpului de muncă, ținînd cont de specificul specialității în vederea asigurării accesului populației la serviciile respective;
- c) programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar;
- d) organizarea procesului de programare la medicul specialist de profil conform înscrierii efectuate nemijlocit de către pacient la acesta, în baza biletului de trimitere al medicului de familie;

e) organizarea evidenței și supravegherii pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;

f) organizarea de către medicul obstetrician-ginecolog a supravegherii și monitorizării evoluției sarcinii femeilor gravide din grupul de risc conform planului de conduită cu antrenarea, la necesitate, a altor medici-specialiști și consultarea medicului de familie;

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

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

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

j) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale 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.

41. 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.

42. 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 în scris și a argumentat necesitatea acordării acesteia în condiții de domiciliu.

43. 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.

44. Prezentarea direct la medicul specialist de profil din serviciul specializat de ambulator fără bilet de trimitere pentru afecțiunile stabilite în Anexa nr.2 la Programul unic se face cu respectarea următoarelor condiții:

a) dacă în intervalul de timp (*între 2 prezentări*), pînă la o nouă consultație, bolnavul nu trebuie monitorizat de către medicul de familie și numai dacă prezintă o dovadă scrisă că a fost luat în evidență de către medicul de familie;

b) pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de evoluția bolii;

c) medicul specialist de profil trebuie să informeze medicul de familie în scris dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în conduita terapeutică.

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

46. Trimiterea la investigații se efectuează în baza biletului de trimitere, completat conform cerințelor stabilite de Ministerul Sănătății și cu aplicarea parafei medicului. Pentru efectuarea investigațiilor respective este interzisă solicitarea semnăturilor suplimentare sau a parafelor nereglementate.

47. 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 trimerii medicului specialist de profil, din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești.

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

49. În cazul, când instituțiile medico-sanitare publice 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 sînt 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.

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

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

52. 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.

53. La necesitate, medicul specialist de profil poate trimite persoana asigurată pentru consult medical la un alt medic specialist de profil din aceeași instituție în cadrul aceluiași caz de boala, pentru care primar persoana asigurată a fost trimisă la consultație de către medicul de familie, fără a solicita un nou bilet de trimitere de la acesta.

54. 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 înalta performanță și internare în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice republicane prin intermediul Consiliului Medical Consultativ. Trimiterea se efectuează pentru persoanele care inițial au avut bilet de trimitere la consultația medicului specialist de profil eliberat în condițiile stabilite în punctele 41 și 44.

55. Biletului de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 32, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programata în secția..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, proces verbal CMC nr. din ...*” sau „*Se trimite pentru investigații în..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ proces verbal CMC nr. din. .*”

56. Specialistul de profil din institute medico-sanitară publică republicană consultă pacientul în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit, în condițiile prevăzute de punctul 54.

57. La necesitatea 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 recomandă și organizează efectuarea acestor consultații persoanei asigurate, cu eliberarea unui nou bilet de trimitere în locul celui primar, fără a lua în considerație prevederile punctului 56.

58. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și manoperelor medicale specifice se efectuează în baza biletului de trimitere, emis de către specialistul de profil, conform indicațiilor medicale. Serviciile medicale de înaltă performanță, efectuarea cărora este necesară pentru precizarea definitivă a diagnosticului, se efectuează după coordonare cu Consiliul Medical Consultativ al subdiviziunii respective.

59. Instituțiile medico-sanitare publice de nivel național duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/republicane și informează instituția medico-sanitară publică 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.

60. 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.

61. 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

62. 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) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;

b) organizarea examenelor medicale în grădinițe, instituții de învățământ secundar general și profesional;

c) monitorizarea situației privind prestarea serviciilor de asistență medicală stomatologică și întreprinderea măsurilor ce se impun pentru realizare.

Asistența medicală spitalicească

63. 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.

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

a) dotarea corespunzătoare a instituției cu medicamente și consumabile necesare, incluse în formularul farmacoterapeutic al instituției medico-sanitare în cauză;

b) asigurarea condițiilor hoteliere în corespundere cu normele sanitare în vigoare;

c) asigurarea alimentației, conform normativelor stabilite pentru afecțiunea respectivă;

d) 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;

65. 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.

66. Internarea de urgență sau necondiționată în spital se efectuează independent de prezența poliției 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.

67. 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.

68. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (sarcina extrauterină, avort spontan, naștere) se efectuează necondiționat (indiferent de prezența poliției de asigurare obligatorie de asistență medicală). În cazurile date, 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 poliției de asigurare. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii evenimentului, care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, patrumentei și lăuziei, după caz).

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

70. Internarea programată, inclusiv în cazurile spitalizării contra plată, 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, conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

b) în spitalele de nivel terțiar (republicane) - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, 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.

71. Femeile gravide sînt spitalizate pentru naștere în instituția medico-sanitară solicitată, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor, cînd, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale. La indicații medicale și sociale, pentru întreruperea sarcinii, confirmată prin examenul clinic și ultrasonografic, gravidele urmează a fi spitalizate programat. În ambele cazuri, în prealabil urmează a confirma statutul de persoană asigurată prin prezentarea poliței de asigurare.

72. Mamele (îngrijitorii) sînt 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 se include în costul cazului tratat.

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

74. În cazul, cînd persoana asigurată, trimisă în modul stabilit la consultație la medicul specialist de profil în instituția medico-sanitară de nivel național, necesită internare în secțiile spitalicești ale instituției respective, la prezența locurilor vacante la zi, pacientul se internează în aceeași zi, după coordonare în prealabil cu Consiliul Medical Consultativ.

75. 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.

76. Instituțiile medico-sanitare publice efectuează internarea programată a persoanelor asigurate ca pacienți tematici, la cererea catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din cota locurilor disponibile

pentru internări programate pentru fiecare unitate administrativ-teritorială, în baza biletului de trimitere eliberat în condițiile prevăzute în punctele 70 – 75. Planificarea numărului și profilului pacienților tematici se face din timp, de comun acord cu administrația instituțiilor medico-sanitare publice, fără a perturba procesul diagnostic-terapeutic și principiul proporționalității, stabilit pentru fiecare unitate administrativ-teritorială.

77. Instituțiile medico-sanitare publice spitalicești de nivel național duc evidența serviciilor medicale prestate pacienților (persoanelor asigurate) trimiși de instituțiile medico-sanitare teritoriale și informează instituția medico-sanitară publică teritorială prin remiterea biletului de trimitere, completat cu date detaliate despre rezultatele internării, investigațiile efectuate la nivel național, diagnosticul stabilit și recomandările de tratament în continuare.

78. 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.

79. 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 publice de nivel teritorial sau național.

80. 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.

Servicii medicale de înaltă performanță

81. Serviciile medicale de înaltă performanță în volumul și pe tipurile, stabilite în Programul unic, se acordă persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare acreditate pentru prestarea acestui tip de servicii și contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în condițiile legii.

82. 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.

83. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil.

84. Instituțiile medico-sanitare, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă 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.

85. 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 medicale la domiciliu

86. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, la care au dreptul persoanele dependente de pat, sînt acordate de către prestatorii autorizați în conformitate cu prevederile legale în vigoare, care sunt contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în conformitate cu prevederile prezentelor Norme metodologice.

87. Pentru pacienții dependenți de pat se efectuează următoarele manopere medicale, ce țin de domeniul îngrijirilor 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).

88. Prestatorul efectuează îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor asigurate, dependente la pat, 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 cînd îngrijirile medicale la domiciliu sînt recomandate de către medicii specialiști de profil din secțiile spitalicești și de ambulator.

89. Asigurarea cu medicamente și materiale sanitare (consumabile), necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale la domiciliu, se realizează de către prestatorii autorizați, contractați de CNAM, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală respective.

Reglementări comune de caracter special

90 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.

91. 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, cu acordul autorităților administrației publice locale și instituțiilor medico-sanitare din ambele teritorii. În toate aceste cazuri atașarea pacienților la instituțiile medico-sanitare respective se admite cu acordul Ministerului Sănătății.

92. 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.

93. 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.

94. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în punctelor 90 și 91 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 34 al prezentelor Norme metodologice.

95. 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.

96. 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.

97. 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. Lista investigațiilor paraclinice

98. Serviciile medicale paraclinice din prezenta listă beneficiază persoanele asigurate cu respectarea următoarelor condiții:

- a) la prescrierea mediului de familie;
- b) la prescrierea medicului specialist de profil pentru asistența medicală acordată în conformitate cu punctul 15 al Programului unic;
- c) 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;

99. Serviciile de fizioterapie și asistență medicală de reabilitare sunt acordate pacienților:

- 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 chinetoterapie;
- c) în condițiile asistenței medicale specializată de ambulator la prescrierea medicului de familie și medicului specialist de profil.

1. Determinarea parametrilor clinici:

Analiza generală a sîngelui

Dozarea hemoglobinei

Numărătoarea eritrocitelor

Numărătoarea leucocitelor

Formula leucocitară

Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Numărătoarea reticulocitelor

Hematocritul (determinarea volumului eritrocitar)

Depistarea celulelor lupice

Numărătoarea trombocitelor

Determinarea timpului de sîngerare

Frotiu urogenital

Determinarea Helicobacter pylori în frotiu

Analiza generală a urinei

Dozarea glucozei în urină

Dozarea cuprului în urină (boala Wilson)

Proba Neciporenko

Identificarea corpiilor urobilinici

Identificarea pigmentilor biliari în urină

Identificarea corpiilor cetonic

Microscopia sedimentului urinar (eritrocite schimbate, neschimbate)

Examenul materiilor fecale prin coproscopie

Identificarea corpiilor urobilinici (stercobilinei)

Depistarea helminților în materiile fecale prin metode unificate
Identificarea sîngelui în materiile fecale
Examenul sputei (flegmei)
Cercetări la MBT în materialul biologic
Examenul conținutului duodenal
Explorarea secreției gastrice
Examinarea citologică a lichidelor exudative
Examinarea citologică a sputei
Examinarea citologică a urinei
Examinarea la treponema palidă în câmp întunecat
Efectuarea probei la determinarea drogurilor în remediile biologice ale organismului
Depistarea agentului cauzat în scabie prin investigație microscopică
Depistarea agentului cauzat în dermatofitii (bacterioscopic)

2. Determinarea parametrilor biochimici:

Dozarea fracțiunilor proteice în ser (electroforeza)
Dozarea potasiului în serul sanguin
Dozarea sodiului în serul sanguin
Dozarea fierului în serul sanguin
Dozarea fosfatazei alcaline în ser
Dozarea g-glutamintranspeptidazei (g-GTP) în ser
Dozarea alaninaminotransferazei (ALT) în ser
Dozarea aspartataminotransferazei (AST) în ser
Dozarea a-amilazei în lichidele biologice
Dozarea fosfatazei acide
Dozarea ureei
Dozarea creatininei în ser sau urină
Dozarea glucozei
Dozarea proteinei totale
Dozarea albuminei în ser
Proba cu timol
Dozarea colesterolului
Dozarea a-colesterolului (HDL-colesterol)
Dozarea b-colesterolului (LDL-colesterol)
Dozarea b-lipoproteinelor
Dozarea bilirubinei totale
Dozarea bilirubinei directe
Dozarea acidului uric

3. Hemostaza:

Indexul protrombinic
Fibrinogenul

4. Determinarea parametrilor imunologici

Determinarea antistreptolizinei-O (test cu latex)

Determinarea factorului reumatoid (test cu latex)

Determinarea proteinei C reactive (test cu latex)

Determinarea grupei sanguine AB0

Determinarea factorului D (Rh 0)

Determinarea factorului C (rh/)

Determinarea factorului E (rh//)

Reacția de fixare a complementului (RW)

TPHA (sifilis)

5. Determinarea parametrilor bacteriologici:

Examen bacteriologic clinic la microflora aerobă, anaerobă și fungii al eliminărilor și extraselor patologice din căile respiratorii superioare (inclusiv sputei și lichidului de lavaj bronșic), urechi, ochi, cavități, organele reproductive și urogenitale, plăgi, punctatelor din sinusuri și elemente eruptive, material necroscopic, cu determinarea sensibilității microorganismelor depistate față de medicamentele antibacteriene

Investigații microbiologice la gonoree, tricomonoză

Aprecierea dismicrobismului (intestinal, vaginal, bucal, cutanat etc.)

Examen bacteriologic clinic la microfloră și fungii al sîngelui, urinei, bilei al materiilor fecale la microflora patogenă și condiționat patogenă, cu determinarea sensibilității față de medicamentele antibacteriene a izolatelor

Frotiu din faringe și cavitatea nazală în scopul depistării stafilococului patogen

6. Investigații citomorfologice:

Citologia exfoliativă (cercetarea celulelor atipice în cadrul examenului profilactic)

Cercetări citologice după investigațiile endoscopice

Cercetarea citologică a secretelor și a eliminărilor de pe suprafața eroziunilor, ulcerelor, plăgilor și a fistulei

7. Investigații morfopatologice:

Investigație morfopatologică de diagnostic al materialului biopsic, inclusiv endoscopic

8. Servicii microbiologice diagnostice

A. investigații bacteriologice

Cercetare a sîngelui prin hemocultură

Cercetare bacteriologică a bilei

Cercetare bacteriologică a urinei

Cercetare a lichidului cefalorahidian

Cercetare bacteriologică a organelor respiratorii prin metoda calitativă

Cercetare bacteriologică a organelor respiratorii prin metoda cantitativă

Cercetare bacteriologică a sputei prin metoda calitativă

Cercetare bacteriologică a sputei prin metoda cantitativă

Cercetare bacteriologică a lichidului de lavaj bronșic

Cercetare bacteriologică a eliminărilor din ochi

Cercetare bacteriologică a eliminărilor din urechi

Cercetare bacteriologică a plăgilor

Cercetare bacteriologică a punctatelor din sinusuri

Cercetare bacteriologică a materialului biopsic
Cercetare bacteriologică a materialului necroptic
Cercetare bacteriologică a eliminărilor organelor reproductive și urogenitale
Cercetare bacteriologică la dismicrobism vaginal
Cercetare bacteriologică la dismicrobism intestinal
Cercetare bacteriologică a maselor fecale la agenți patogeni (Salmonella, Shigella, E.Coli pat.)
Cercetare bacteriologică la campylobacterioză
Cercetare bacteriologică la iersinioză
Cercetare bacteriologică a maselor fecale la holeră
Cercetare bacteriologică a toxicoinfecțiilor alimentare
Cercetare bacteriologică la difterie
Cercetare bacteriologică la tusa convulsivă și para pertussis
Cercetare bacteriologică la meningite
Cercetare bacteriologică la micoplasmă, ureaplasmă și gardneriloză
Cercetare bacteriologică la gonoree, trihomoză
Cercetare bacteriologică a biosubstratelor la candidomicoză
Cercetare bacteriologică la listerioză
Cercetare bacteriologică la leptospiroză
Cercetare bacteriologică la tularemie
Cercetare bacteriologică la antrax
Cercetare bacteriologică la bruceleza
Cercetare bacteriologică la legioneloză
Cercetare bacteriologică la tuberculoză

B. Investigații coproparazitologice:

Cercetarea maselor fecale, la protozoare intestinale (lamblii, amibe ș.a.) în froțiul nativ cu soluție fiziologică
Cercetarea maselor fecale la protozoare intestinale (lamblii, amibe ș.a.) în froțiul colorat cu soluție lugol
Cercetarea maselor fecale la ouă de helminți prin metoda Kalantarean sau Fiuleborn
Cercetarea maselor fecale la strongiloizi prin metoda Baermann
Cercetarea maselor fecale la criptosporidii
Cercetarea maselor fecale la fascioloză prin metoda Dimidov
Examinarea maselor fecale la strongiloidoză prin metoda cultivării Dăncescu

C. Investigații parazitologice speciale :

Examinarea la enterobioză (oxiuroză) și teniarinchoză prin metoda Rabinovici
Examinarea conținutului duodenal și a bilei la strongiloidoză, fascioloză și opistorchoză
Examinarea sputei și secrețiilor bronșiale la pneumocistoză
Examinarea sputei și secrețiilor bronșiale la criptosporidioză
Examinarea bioptatului la trichineloză prin metoda trichineloscopiei
Examinarea la echinococoză a lichidului hidatic obținut prin puncție sau la eruperea

chistului

Examinarea urinei la schistozomoza urogenitală, strogiloidoză și dioctofimoză

Examinarea la demodecoză a raclatului cutanat

Examinarea sângelui la malarie în picătura groasă

Examinarea sângelui la malarie în frotiul subțire

D. Investigații biologice

Investigații biologice la botulotoxină cu ser monovalent

Investigații biologice la botulotoxină cu ser polivalent

E. Investigații virusologice

Izolarea și identificarea virusurilor Coxsackie A

Izolarea și identificarea virusurilor Coxsackie B

Izolarea și identificarea virusurilor ECHO

Detecția ROTAVIRUS-ului

F. Investigații serologice

Reacția de aglutinare cu antigenul de tularemie (RA)

Reacția de aglutinare în yersinioza intestinală și pseudotuberculoza (RA)

Reacția de aglutinare la tularemie (RA)

Reacția de aglutinare la yersinioze (RA)

Reacția de aglutinare în tusea convulsivă (RA)

Reacția de latex aglutinare la haemophilus influenzae (RLA)

Reacția de latex aglutinare la streptococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare la stafilococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare la meningococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare în mononucleoza infecțioasă (RLA)

Reacția slaid aglutinare la leptospiroză

Reacția de microaglutinare și liză la leptospire (RMAL)

Reacția Cumbs la bruceloză

Reacția Heddson și Rait la bruceloză

Reacția de hemaglutinare indirectă în rujeolă (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în difterie (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în tetanos (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă tusea convulsivă / pertusis (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în tularemie (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în tifos exantematic și boala Brill (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în sifilis (TPHA)

Reacția de hemaglutinare pasivă în salmoneloze (RHAP)

Reacția de hemaglutinare pasivă în șigeloze (RHAP)

Reacția de hemaglutinare pasivă în yersinioze (RHAP)

Reacția de hemaglutinare în hlamidioze (RHAI)

Reacția de hemaglutinare în leptospiroze (RHAI)

Reacția de hemaglutinare în bruceloză (RHAI)

Reacția imuno fluorescentă indirectă în borelioză Ac IgG/IgM (RIFI)

Reacția imuno fluorescentă indirectă în legioneloză (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în Febra Q (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în hlamidioze (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă directă în pesta
Reacția de fixare a complementului în Febra Q (RFC)
Reacția de fixare a complementului în rickettsioză (RFC)
Reacția de fixare a complementului în tifos exantematic și boala Brill (RFC)
Reacția imunoenzimatică în rujeolă (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în rubeolă (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în oreion (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în Hib- haemophilus influenzae tip B (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în difterie (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tetanos (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tusea convulsivă / pertusis (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în borelioza Lyme (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în bruceloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tularemie (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hlamidioze (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în micoplasmoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în ureaplasma (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în legioneloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în toxoplasmoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în toxocaroză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în opistorhoza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în cisticercoza/teniaza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în lambliaza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în aspergiloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în echinococoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în trichineloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în helicobacter (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în candidoza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în febra Crimeea Congo (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în febra West Nil (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în HIV/SIDA (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală A determinarea Anti-HAV sumar (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală A determinarea Anti-HAV IgM (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBs (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBs (ELISA) test confirmător
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HBs (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HB core sumar

(ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HB-core IgM

(ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBe (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HBe (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Anti-HCV sumar

(ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Anti-HCV IgM (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Ag-HCV (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Anti-HD sumar (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Anti-Delta IgM (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Ag-Delta (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în hepatita virală E determinarea Anti-HEV IgM (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în Epstein Barr determinare Anti-EBV (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în cytomegalovirus (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în herpes simplex tip I și II (HSV I, II) (ELISA)

Reacția Western-Blot în HIV/SIDA

Reacția Western-Blot în borelioză (boala Lyme)

Reacția Western-Blot în hepatita virală C

Reacția de neutralizare (seruri pare) la poliomielită și enterovirusi

Reacția de latexaglutinare în rotaviroze (RLA)

Depistarea antigenului gripal A (H1N1)

Depistarea antigenului paragripal 1 + 2

Depistarea antigenului adenovirus

Determinarea anticorpilor IgM anti HSV tip 2

Depistarea antigenului gripal A (H3N2)

Depistarea antigenului gripal B

Depistarea anticorpilor antigripali A (H1N1)

Depistarea anticorpilor antigripali A (H3N2)

Depistarea anticorpilor antigripali B

Depistarea antigenului paragripal 3

Depistarea anticorpilor antiparagripali tip 1

Depistarea anticorpilor antiparagripali tip II

Depistarea anticorpilor antiparagripali tip III

Depistarea anticorpilor antiparagripali tip IV

Depistarea antigenului RSV

9. Diagnosticul funcțional

a). Investigații electrocardiografice:

Electrocardiografia în stare de repaos (12 derivații)

Electrocardiografia cu derivații auxiliare (până la 6 derivații)

Electrocardiografia cu test funcțional (hiperventilație, probe vagale, efort fizic nedozat etc.)

Electrocardiografia cu efort fizic dozat (cicloergometria)

b). Investigații reografice:

Reografia (reoencefalografia, reovazografia) – 2 regiuni simetrice

Reografia cu test funcțional

Reografia cu test farmacologic (pentru fiecare înregistrare, cu preparat farmacologic)

Reografia computerizată

c). Investigații ale funcției ventilației pulmonare:

Pneumotahometria

Spirografia

d). Fotopletismografia:

Fotopletismografia (aprecierea componentei pulsatile) pînă la 5 regiuni simetrice

Fotopletismografia (aprecierea funcției valvulare a venelor profunde)

e). Electroencefalografia:

Electroencefalografia cu teste funcționale (hiperventilație, stimulare optică)

Înregistrarea potențialelor evocate EEG pentru fiecare tip de stimulare (optic, auditiv, somato-senzor)

10. Imagistică medicală

a). Investigații ecografice:

Examen ecografic complex (organele cavității abdominale+organele sistemului urogenital)

Examen ecografic complex (organele cavității abdominale+organele sistemului urinar)

Ecografia organelor abdominale (ficatul, splina, vezica biliară, pancreasul)

Ecografia organelor sistemului urinar (rinichii, glandele suprarenale)

Ecografia organelor bazinului mic transabdominal (vezica urinară, prostata, uterul, ovarele)

Examen ecografic transvaginal

Examen ecografic transabdominal în primul trimestru de sarcină

Examen ecografic transvaginal în primul trimestru de sarcină

Examen ecografic în trimestrele II-III de sarcină

Ecocardiografie fetală

Examen ecografic în sarcină cu scop de screening (cu excepția primului trimestru)

Examen ecografic în sarcină cu scop diagnostic

Examen ecografic în sarcină, eventual amniocenteza și analiza cromozomială la gravide după 35 ani și la gravide cu anamneza genetic complicată

Examen ecografic al glandei tiroide

Examen ecografic al glandei mamare

Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă simplă

Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă biplan

Aprecierea ecografică a rezidului de urină

Aprecierea colecțiilor libere în una din cavități (pleurală, abdominală) sau în spațiul retroperitoneal

Examen ecografic al scrotului

Examen ecografic al encefalului prin fontanelă sau prin orificiu trepanat+Doppler

Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice

Examen ecografic în determinarea cineticii unui sistem excretor (căile biliare, urinare etc.)

b) Ecografie cardiacă (ecocardiografie):

Ecocardiografie (M, 2D)

11. Investigații de radiodiagnostic:

a) Organele cutiei toracice:

Radiografia laringelui într-o incidență

Radioscopia organelor cutiei toracice

Radioscopia polipozițională a organelor cutiei toracice cu indicarea localizării (nivelului) procesului patologic

Radiografia cutiei toracice într-o incidență

Radiografia cutiei toracice în două incidențe

Radiografia cutiei toracice în trei incidențe

Radioscopia și radiografia cordului în trei incidențe

Radioscopia și radiografia cordului în două incidențe

Radiofotografia cutiei toracice într-o incidență

Radiofotografia cutiei toracice în două incidențe

Radiofotografia cutiei toracice în trei incidențe

Radiografia toracelui în decubit lateral

b) Glanda mamară:

Mamografia unei glande mamare în două incidențe

Mamografia ambelor glande mamare în câte două incidențe

Mamografia cu amplificarea imaginii

c) Tubul digestiv:

Faringografia contrastantă într-o incidență

Radioscopia polipozițională a cavității abdominale

Radiografia cavității abdominale într-o incidență

Radioscopia polipozițională și radiografia esofagului

Radioscopia polipozițională și radiografia stomacului

Contrastarea primară dublă a stomacului

Pneumogastrografia fără sondă

Pneumogastrografia cu sondă

Duodenografia fără sondă

Duodenografia cu sondă

Radioscopia polipozițională și radiografia intestinului subțire

Irigoscopia și irigografia

Contrastarea primară dublă a intestinului gros

Colecistografia

Fistulografia cu radioscopie

d) Urologie și ginecologie:

Urografia
Pielografia ascendentă (retrogradă)
Cistografia ascendentă
Pneumocistografia
Cistografie sedimentară
Tomocistopneumografia
Cistografia cu micțiune
Uretrografia
Histerosalpingografia

e) Sistemul locomotor:

Radiografia craniului într-o incidență
Radiografia craniului în două incidente
Radiografia orbitelor, claviculei (separat) într-o incidență
Radiografia cavității orbitale (cu proteza Baltin etc.)
Radiografia dinților
Radiografia sinusurilor paranazale
Radiografia antrumurilor
Radiografia oaselor temporale după Shuler, Mayer, Steenvers etc.
Radiografia articulației temporo-mandibulare
Radiografia mandibulei
Radiografia omoplatului în două incidente
Radiografia șeii turcești
Radiografia oaselor nazale în două incidente
Radiografia C1 prin gura deschisă
Radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale în trei incidente
Radiografia funcțională a regiunii cervicale a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale cu probe funcționale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale cu probe funcționale în trei incidente
Radiografia osului sacral și a coccisului în două incidente
Radiografia articulației șoldului într-o incidență
Radiografia articulației șoldului în două incidente
Radiografia oaselor bazinului într-o incidență
Radiografia articulației humerale în două incidente
Radiografia oaselor brațului în două incidente
Radiografia oaselor antebrățului în două incidente
Radiografia articulației cotului în două incidente
Radiografia articulației radio-carpiene în două incidente

Radiografia mîinii în două incidențe
Radiografia femurului în două incidențe
Radiografia articulației genunchiului în două incidențe
Radiografia gambei în două incidențe
Radiografia articulației taloocrurale în două incidențe
Radiografia plantei în două incidențe
Radiografia articulațiilor sacro-iliace într-o incidență
Radiografia osului pubian într-o incidență
Radiografia axială a rotulei în două incidențe
Radiografia calcaneului într-o incidență
Radiografia calcaneului în două incidențe
Radiografia piciorului plat (bilateral) în două incidențe
Fistulografia
Haimorografia

f) Tomografia convențională și computerizată:

Tomografia (zonografia)
Tomografia nazofaringelui, traheii într-o incidență
Tomografia laringelui
Ortopantomografia maxilarelor

12. Servicii de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice:

a) Electroterapia:

Galvanizarea
Electroforeza (cu orice formă de curent)
Diagnosticul electric
Stimularea electrică
Somnul electric
Curenții diadinamici
Amplipulsterapia
Fluctuorizarea
Interferențterapia
Curenții supratonali
Darsonvalizarea locală
Franclinizarea
Aeroionoterapia
Magnetoterapia
Inductotermia
Cîmp electric alternativ de frecvența 27,12 MHz (unde ultracurte)
Cîmp electromagnetic (microunde decimetrice lungi, scurte și milimetrice)
Inductotermoelectroforeză

b) Aerosolo - și electro-aerosoloterapia:

Aerosoloterapia
Speleoterapia artificială

Electro - aerosoloterapia

c) Fototerapia:

Determinarea biodozei

Iradierea locală și generală cu raze ultraviolete

Iradierea cu raze infraroșii și vizibile

Iradierea cu raze laser

Baie de lumină, PUVA-terapia

Raze ultraviolete (tubus)

d) Terapia cu energie mecanică:

Ultrasonoterapia

Ultrafonoforeza

Vibroterapia

Baroterapia locală

Terapia cu vid

e) Termoterapia:

Aplicația cu parafină și ozocherită

f) Oxigenoterapia:

Oxigenoterapia prin cocktail

Oxigenoterapia prin inhalații

g) Kinetoterapia:

Kinetoterapie (individual și în grup)

h) Masajul curativ:

- . Masaj curativ în paraliza cerebro-spinală la copii și adulți

13. Endoscopia de diagnostic:

Esofagogastroduodenofibroscopia

Esofagogastroduodenofibroscopia cu prelevarea endobiopsiei

- . Esofagogastroduodenofibroscopia cu PH-metrie

14. Examen audiologic:

Acumetria instrumentală

Audiometria reflectoră

Audiometria comportamentală

Audiometria tonală liminară

Capitolul IV. Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale

A. Particularitățile contractării pe tipurile de asistență medicală

100. Pentru anul 2009 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 înalta performanță;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu.

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

- per capita;
- per serviciu;
- per caz tratat;
- per vizită (în cadrul „cazului asistat” de îngrijiri medicale la domiciliu);
- buget global;
- plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat;
- bonificația pentru indicatorii de performanță.

102. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul estimativ de persoane asigurate din numărul total al populației (3 424 435 persoane) prezente conform datelor Biroului Național de Statistică la situația din 01 ianuarie 2008, care include:

- a) 2 568 434 persoane asigurate:
 - mun. Chișinău – 629 459 persoane asigurate (estimativ 83%);
 - mun. Bălți – 99 583 persoane asigurate (estimativ 78%);
 - restul unităților teritorial-administrative – 1 839 392 persoane asigurate (estimativ 72,2%), inclusiv 3 998 persoane din partea stînga a Nistrului.

- b) 856 001 persoane neasigurate (estimativ 25%).

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

104. Plafoanele de cheltuieli pentru fiecare tip de asistență medicală sunt stabilite în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009, după cum urmează:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească – 294 044,1 mii lei;
- b) asistența medicală primară – 989 118,1 mii lei;
- c) asistența medicală specializată de ambulator – 243 652,3 mii lei;

- d) asistența medicală spitalicească – 1 687 054,1 mii lei;
- e) servicii medicale de înaltă performanță – 77 569,7 mii lei;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu – 3 592,6 mii lei.

105. Pentru rambursarea cheltuielilor suportate în cadrul acordării asistenței medicale prespitalicești în caz de urgențe medico-chirurgicale majore, ce pun în pericol viața persoanelor neasigurate și pentru asistența medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde examenul clinic, cu recomandarea investigațiilor și tratamentul persoanelor neasigurate, se vor utiliza mijloacele fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală, în condițiile legislației în vigoare.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

106. Metodele de plata în asistența medicală urgentă prespitalicească sunt:

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

107. Sumele contractuale anuale pentru stațiile zonale de asistență medicală urgentă prespitalicească, se formează din suma alocată „per capita” (calculată prin înmulțirea tarifului „per capita” stabilit pentru persoanele asigurate și neasigurate cu numărul respectiv de persoane din teritoriul deservit, ajustat conform cotei prognozate pe anul 2009, în baza datelor Biroului Național de Statistică), și bonificația pentru indicatorii de performanțe.

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

- a) Indicatorul 1: *Executarea normativului de solicitări stabilite.*

Criteriul de îndeplinire – efectuarea a cel puțin 270 solicitări la 1000 persoane asigurate pe fiecare stație zonală de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească.

- b) Indicatorul 2: *Lipsa divergențelor între diagnosticul serviciului asistența medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit.*

Criteriul de îndeplinire – rata coincidenței diagnosticului serviciului asistența medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit nu mai mică de 80 % cu condiția prezentării a cel puțin 90 % cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144/e) care au solicitat asistența medicală de urgență (pentru persoanele care nu au fost spitalizate servește diagnosticul din secția de internare).

- c) Indicatorul 3: *Transmiterea solicitărilor în asistența medicală primară.*

Criteriul de îndeplinire – transmiterea pentru deservire și informare de către medicii de familie a 90% din solicitările efectuate.

- d) Indicatorul 4: *Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate pe fiecare substație a stației zonale de asistență medicală urgentă prespitalicească.*

- e) Indicatorul 5 - *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).

109. Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanțe profesionale a muncii personalului medical în asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească se face trimestrial. Evidența indicatorilor nu este cumulativă, cu excepția indicatorului 1.

110. Tarifele „*per capita*” stabilite în asistența medicală urgentă prespitalicească sunt următoarele:

a) pentru persoane asigurate - 102,0 lei. Suma anuală constituie 261 980,3 mii lei.

b) pentru persoane neasigurate - 18.52 lei. Suma anuală constituie 15 853,1 mii lei.

c) pentru bonificație, achitată din suma de 27 736,3 mii lei în mărime de:

- 2,77 lei pentru îndeplinirea indicatorului 1. Suma pe an constituie 7 114,6 mii lei;

- 2,90 lei pentru îndeplinirea indicatorului 2. Suma pe an constituie 7 448,5 mii lei;

- 2,40 lei pentru îndeplinirea indicatorului 3. Suma pe an constituie 6 164,2 mii lei;

- 1,85 lei pentru îndeplinirea indicatorului 4. Suma pe an constituie 4 751,6 mii lei;

111. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorului 5 este de 2 257,4 mii lei.

112. Suma anuală destinată achitării prin metoda „*buget global*” a serviciului „Aviasan” este stabilită în mărime de 4 327,5 mii lei.

Asistența medicală primară

113. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

a) plata „*per capita*”;

b) plata pe „*caz tratat*” în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu;

c) bonificația pentru indicatori de performanță.

114. Sumele anuale contractate cu prestatorii de servicii medicale primare se formează din sumele alocate pentru persoanele asigurate și neasigurate înscrise la medicii de familie.

115. Sumele anuale destinate pentru asistența medicală primară acordată persoanelor asigurate se formează din:

a) suma alocată *per capita* pentru volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic (inclusiv pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie);

b) suma alocată *per capita* pentru medicamente compensate;

c) suma prevăzută pentru „*caz tratat*” în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu;

d) bonificația pentru indicatori de performanță.

116. La estimarea sumelor alocate „*per capita*” în cadrul asistenței medicale primare se va trece treptat de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în Baza de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”(în continuare – Baza de date), conform prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.316/138-A din 04.08.2008.

117. Populația estimativă (asigurată/neasigurată) se calculează trimestrial și este compusă din populația prezentă în teritoriul deservit în baza datelor Biroului Național

de Statistică, ajustată conform cotei prognozate pe anul 2009 (populația mun. Chișinău fiind repartizată între prestatori în conformitate cu cotele procentuale ale acesteia, puse la baza contractelor anului precedent)) și excedentul persoanelor (asigurate/neasigurate), în cazul în care populația înregistrată în Baza de date depășește populația estimativă formată pe baza datelor BNS.

118. Trecerea treptată de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în Baza de date se va efectua după următoarea schemă:

1. Sumele anuale destinate finanțării „*per capita*” pentru persoanele asigurate și neasigurate se divizează în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale destinate finanțării „*per capita*”.

2. Pentru trimestru I - suma trimestrială destinată finanțării „*per capita*” se distribuie conform numărului populației estimative.

3. Pentru trimestru II - 75 % din suma trimestrială destinată finanțării „*per capita*” se distribuie conform numărului populației estimative, iar 25% conform Bazei de date.

4. Pentru trimestru III - 50 % din suma trimestrială destinată finanțării „*per capita*” se distribuie conform numărului populației estimative, iar 50% conform Bazei de date.

5. Pentru trimestru IV - 25 % din suma trimestrială destinată finanțării „*per capita*” se distribuie conform numărului populației estimative, iar 75% conform Bazei de date.

119. Informația privind numărul persoanelor asigurate/neasigurate înregistrate în Baza de date se prelevează la data de 20 a lunii precedente trimestrului, ora 10⁰⁰.

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

a) Indicatorul 1: *Supravegherea gravidelor.*

Criteriul de îndeplinire - luarea la evidență a gravidelor cu sarcina până la 12 săptămâni și supravegherea lor conform standardelor în vigoare până la naștere.

b) Indicatorul 2: *Supravegherea copilului primului an de viață.*

Criteriul de îndeplinire - supravegherea copilului de la externarea din maternitate până la împlinirea vârstei de 1 (un) an.

c) Indicatorul 3: *Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie.*

Criteriul de îndeplinire - pentru fiecare caz de tuberculoză depistat primar în perioada precece de medicul de familie și confirmat în modul stabilit.

d) Indicatorul 4: *Tratamentul ambulator a pacienților cu tuberculoză sub supravegherea medicului de familie.*

Criteriul de îndeplinire - pentru fiecare caz finalizat de tratament ambulator al tuberculozei conform standardelor DOTS.

e) Indicatorul 5: *Depistarea precoce a cancerului.*

Criteriul de îndeplinire - pentru fiecare caz de cancer depistat primar în stadiile precece (forme vizuale în stadiul I și nevizuale în stadiul I-II) de către medicul de familie și confirmat ulterior în modul stabilit.

f) Indicatorul 6: *Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială.*

Criteriul de îndeplinire - supravegherea trimestrială în dinamică a persoanelor cu hipertensiune arterială la nivel de cel puțin 15 % din numărul populației adulte asigurate.

121. Tarifele stabilite în asistența medicală primară sunt următoarele:

a) tarif „per capita” pentru persoane asigurate în limita sumei anuale de 770 530,2 mii lei; (Suma trimestrială constituie 192 632,6 mii lei.)

b) tarif „per capita” pentru persoane neasigurate în limita sumei anuale de 13 105,4 mii lei. (Suma trimestrială constituie 3 276,3 mii lei).

c) suma anuală de 80 600,0 mii lei, stabilită pentru acoperirea costului medicamentelor compensate prescrise persoanelor asigurate. Pentru fiecare teritoriu, suma limită totală de finanțare se calculează conform numărului de gravide și copii 0-5 ani caracteristice teritoriului deservit (conform datelor CNMS) și numărului de bolnavi cu HTA, înregistrați în registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) nr.166-1/e la situația din 01.01.2008 după formula:

$Smc = (Sp/gr \times Ngr) + (Sp/c \times Nc) + (Shta \times Nhta) + (Sa \times Npa)$, unde:

Smc – Suma-limita de finanțare a teritoriului pentru medicamentele compensate

Sp/gr– Suma per gravidă (estimativ 188 lei)

Ngr– Numărul așteptat de gravide

Sp/c – Suma per copil (estimativ 66,60 lei)

Nc – Numărul așteptat de copii

Shta – Suma per persoană cu HTA (estimativ 171,14 lei)

Nhta – Numărul așteptat de bolnavi cu HTA

Sa – Suma „per capita” pentru alte maladii (estimativ 3,58 lei)

Npa – Numărul persoanelor asigurate

d) tarif „caz tratat” în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu de 324 lei. Suma pe an constituie 93 228,0 mii lei;

e) bonificație în sumă anuală totală de 44 759,9 mii lei (din fondul de baza) pentru persoane asigurate, achitată prin tarif „per serviciu”(suma anuală de 21 644,0 mii lei), în mărime de:

- 275 lei pentru îndeplinirea indicatorului 1. Suma pe an constituie 8 360,0 mii lei;

- 326 lei pentru îndeplinirea indicatorului 2. Suma pe an constituie 11 084,0 mii lei;

- 660 lei pentru îndeplinirea indicatorului 3. Suma pe an constituie 792 mii lei;

- 880 lei pentru îndeplinirea indicatorului 4. Suma pe an constituie 968,0 mii lei;

- 550 lei pentru îndeplinirea indicatorului 5 Suma pe an constituie 440,0 mii lei.

f) bonificație în sumă anuală de 1 342,0 mii lei (din fondul de rezerva) pentru persoane neasigurate, achitata prin tarif „per serviciu” în mărime de :

- 660 lei pentru îndeplinirea indicatorului 3. Suma pe an constituie 528,0 mii lei

- 880 lei pentru îndeplinirea indicatorului 4. Suma pe an constituie 704,0 mii lei;

- 550 lei pentru îndeplinirea indicatorului 5 Suma pe an constituie 110,0 mii lei

g) bonificație în sumă anuală de 23 115,9 mii lei pentru îndeplinirea indicatorului 6 „Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială”, achitată prin tarif „per capita”, estimat în baza mecanismului stabilit în pct.117 și pct.118.

122. Suma anuală destinată finanțării „per capita” pentru indicatorul 6 se divizează în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale.

a) pentru trimestrul I - suma trimestrială destinată finanțării indicatorului respectiv se distribuie conform numărului populației adulte estimative și numărului de persoane cu hipertensiune arterială, înregistrate în Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) F 166-1/e.

b) începînd cu trimestrul II - sumele trimestriale destinate finanțării acestui indicator se distribuie conform numărului populației asigurate adulte înregistrate în Baza de date și numărului persoanelor asigurate supravegheate cu hipertensiune arterială din cei înscriși în Baza de date la medicul de familie.

123. Deficiențele depistate și neîndeplinirea activităților prevăzute de Programul unic sunt sancționate prin deducerea sumelor stabilite pentru fiecare indicator de sancționare:

a) *Cazuri evitabile de mortalitate infantilă.*

Criteriul de îndeplinire - pentru fiecare caz de mortalitate infantilă va fi dedusă suma de 500 lei din quantumul transferului trimestrial stabilit în baza contractului acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

b) *Activități neîndeplinite de promovare a modului sănătos de viață, prevăzute de ordinul Ministerului Sănătății nr.400 din 23 octombrie 2008.*

Criteriul de îndeplinire:

- pentru fiecare oră de neîndeplinire de către medicul de familie a activităților de promovare a modului sănătos de viață (*în special excluderea factorilor de risc: abuzul, fumatul, alimentația bogată în grăsimi, hipoactivitatea fizică, etc.*) va fi dedusă suma de 50 lei din quantumul transferului trimestrial, stabilit în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

c) *Ponderea persoanelor apte de muncă decedate la domiciliu.*

Criteriul de îndeplinire - pentru fiecare unitate (*în procente*) de depășire a ponderii de 35% de decese la domiciliu a persoanelor apte de muncă (*cu excepția celor cauzate de traume și otrăviri*) va fi dedusă suma de 500 lei din quantumul transferului lunar stabilit în contractul de prestare a serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

124. Cheltuielile legate de acumularea datelor statistice, întocmirea centralizatoarelor (anuale și periodice) și acordarea de către CMF la nivel raional a ajutorului consultativ- metodic centrelor de sănătate autonome în conformitate cu ordinul Ministrului Sănătății nr. 404 din 30.10.2007, vor fi acoperite din contul centrelor de sănătate autonome din teritoriul respectiv, în baza contractelor încheiate bilateral, reieșind din suma 2,5 lei *per capita* la situația de la 1 ianuarie 2008.

125. Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanță în asistența medicală primară și a deficiențelor stabilite în pct. 123 se efectuează trimestrial.

126. În cazul depășirii cotei trimestriale a numărului estimat de servicii (menționate în p.120) costul serviciului va fi estimat în puncte, valoarea căruia se va calcula reieșind din cota trimestrială a sumei prevăzute pentru acoperirea serviciului respectiv.

127. În cazul depășirii sumei semestriale planificată pe țară pentru medicamente compensate, suma poate fi reținută proporțional din contul instituțiilor medico-sanitare, care au depășit suma limită pentru medicamente compensate.

128. Prescrierea și evidența medicamentelor compensate se face în modul aprobat de către Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Asistența medicală specializată de ambulator

129. Asistența medicală specializată de ambulator include:

- a) asistența medicilor specialiști de profil;
- b) asistența medicală stomatologică.

130. 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.

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

1. Pentru asistența medicilor specialiști de profil:

- a) „*per capita*”;
- b) „*per caz tratat*”;
- c) „*buget global*”;
- d) „*plata retrospectivă per serviciu*” în limitele bugetului contractat;
- e) bonificația pentru indicatori de performanțe.

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

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

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

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

132. La estimarea volumului contractual de servicii medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator va fi luat în calcul numărul de persoane asigurate din numărul total al populației prezente din teritoriul deservit, prelevat de la Biroul Național de Statistică, ajustat conform cotei prognozate pe anul 2009.

Repartizarea populației mun.Chișinău va fi efectuată în conformitate cu cotele procentuale ale acesteia, puse la baza contractului anului precedent.

133. Ca temei pentru achitarea bonificației în cadrul asistenței acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilește îndeplinirea următorului indicator de performanță:

a) Indicatorul 1: *Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale specializate de ambulator persoanelor asigurate.*

134. În cadrul asistenței medicale stomatologice se stabilesc pentru bonificație următorii indicatori de performanță:

a) Indicatorul 1: *Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la femeile gravide.*

Criteriul de îndeplinire – cuprinderea cu consultații profilactice stomatologice conform Programului unic a cel puțin 90% de femei gravide cu termenul de gestație pînă la 15 săptămîni din femeile luate la evidență din teritoriul, deservit în trimestrul respectiv.

b) Indicatorul 2: *Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la copiii în vîrstă pînă la 18 ani.*

Criteriul de îndeplinire: cuprinderea cu consultații profilactice stomatologice conform Programului unic a cel puțin 12 % pe an sau 3 % trimestrial din numărul total de copii în vîrstă de pînă la 18 ani, înregistrați în teritoriul deservit.

135. 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 următoarelor tarife:

a) tariful „*per capita*” achitat în limita sumei anuale de 156 436,5 mii lei în mărime de:

- 55,33 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*);

- 68,59 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți;

- 62,40 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia;

b) bonificația achitată prin:

- tarif „*per capita*” în limita sumei anuale de 3 210,5 mii lei în mărime de 1,25 lei pentru îndeplinirea indicatorului 1 - *Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale specializate de ambulator persoanelor asigurate.*

136. Finanțarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este stabilită în limita sumei anuale de 52 005,3 mii lei prin următoarele metode:

a) plata prin *buget global*” - instituțiile medico-sanitare republicane, punctele traumatologice din mun. Chișinău, Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale a Ministerului Sănătății, Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău, centrele prietenoase tinerilor, 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, secțiile consultative a centrelor perinatologice de nivelul II;

b) plata per „*caz tratat*” - pentru asistența medicală specializată de ambulator prestată de Centrul de reabilitare a bolnavilor de narcomanie;

c) plata „*retrospectivă per serviciu*” în limitele bugetului contractat - pentru asistența medicală specializată de ambulator bolnavilor cu tuberculoză „caz nou și readmis”, nebacilifer în conformitate cu actele normative în vigoare.

137. Deficiențele depistate în supravegherea și conduita gravidelor din grupul de risc sunt sancționate după cum urmează:

a) pentru fiecare caz de neîndeplinire a activităților de supraveghere și conduită a gravidelor din grupul de risc, conform standardelor și altor acte normative în vigoare, va fi dedusă suma de 500 lei din quantumul transferului lunar, stabilit în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

138. Suma alocată pentru asistența stomatologică constituie 32 000,0 mii lei, inclusiv:

a) finanțarea prin „*buget global*” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 7 729,3 mii lei.

b) finanțarea „*per capita*” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău la tariful de 4,15 lei. Suma pe an constituie – 2 612,3 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 pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun.Bălți, IMS raionale și din UTA Găgăuzia:

- tarif „per capita” - 8,93 lei. Suma pe an constituie 17 315,0 mii lei.

- bonificație achitată în limita sumei anuale de 4 343,4 mii lei în mărime de:

- 1,12 lei pentru îndeplinirea indicatorului 1: *Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la femeile gravide*. Suma pe an constituie 2 171,7 mii lei.
- 1,12 lei pentru îndeplinirea indicatorului 2: *Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la copiii în vîrstă pînă la 18 ani*. Suma pe an constituie 2 171,7 mii lei.

139. Raportarea îndeplinirii indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical în asistența medicală stomatologică se efectuează trimestrial. Evidența indicatorilor este următoarea: indicatorul 1 nu este cumulativ, indicatorul 2 – este cumulativ.

Asistența medicală spitalicească

140. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

a) plata pe „caz tratat” - pentru întreg volumul de activitate spitalicească prestat persoanelor asigurate spitalizate în limitele prevederilor Programului Unic;

b) plata „buget global”:

– pentru volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați în secția de internare;

– pentru secția hemodializă;

– pentru asistența medicală pe profilurile stabilite la pct.143.

c) plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat - pentru cheltuielile de transport public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei;

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

a) *Mecanismul 1*.

În contract va fi specificat:

- 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.

Mecanismul 1 se utilizează la contractarea asistenței medicale spitalicești pentru cazurile de scurtă durată în instituțiile medico-sanitare republicane, municipale și raionale (cu excepția nașterilor) în dependență de profilurile de activitate spitalicească existente în structura acestor spitale și grupurile de cazuri tratate utilizate în anul precedent.

b) *Mecanismul 2*.

În contract va fi specificat:

- 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.

Mecanismul 2 se utilizează pentru contractarea nașterilor conform grupurilor de cazuri tratate utilizate în anul precedent”.

142. Tariful mediu al „*cazului tratat*” pe profil este diferențiat pentru instituțiile medico-sanitare raionale, municipale și republicane în conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr. 442 din 28 noiembrie 2008 .

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

144. Contractarea asistenței medicale spitalicești a maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice cu diagnosticul confirmat la persoanele neasigurate se efectuează în instituțiile medico-sanitare, stabilite în actele normative ale Ministerului Sănătății, în conformitate cu prevederile legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 și ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

145. Serviciile prestate în secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate (cu excepția Departamentului Medicina de Urgență a IMSP CNSPMU) se contractează separat, în limita a 1,2% din suma contractuală anuală pentru asistența medicală spitalicească. Serviciile prestate în Departamentul Medicina de Urgență a IMSP CNSPMU se contractează după metoda „buget global”.

146. Serviciile prestate de secțiile de morfopatologie ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești se vor contracta similar modalității folosite în anul 2008 până la elaborarea mecanismului de contractare separată a acestora.

147. Cheltuielile suportate pentru transferurile, care puteau fi efectuate 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.

148. Deficiențele depistate la neîndeplinirea activităților prevăzute de Programul unic sunt sancționate prin deducerea sumei stabilite pentru fiecare indicator de sancționare:

a) Cazuri de divergență de diagnostic morfopatologic și clinic la persoanele decedate în spital.

Criteriul de îndeplinire:

- pentru fiecare caz de deces cu divergență de diagnostic clinic și morfopatologic va fi dedusă suma de 500 lei din quantumul transferului trimestrial stabilit conform prevederilor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

b) Reclamații (plângeri) confirmate ale pacienților.

Criteriul de îndeplinire:

- pentru fiecare caz de reclamație întemeiată a pacienților tratați în instituția respectivă, confirmată în modul stabilit, va fi dedusă suma de 1000 lei din cuantumul transferului trimestrial stabilit conform prevederilor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

c) *Depășirea termenului sau neprezentarea cotoarelor foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144/e).*

Criteriul de îndeplinire:

- pentru fiecare cotor al foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144/e) care nu a fost prezentat serviciul prespitalicesc de urgență în ordinea și termenul stabilit, va fi dedusă suma de 50 lei din cuantumul transferului lunar stabilit conform prevederilor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

149. 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.

150. 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 pînă 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

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

152. Compania Națională de Asigurări în Medicină va contracta serviciile medicale de înaltă performanță, prevăzute în anexa nr. 4 la Programul unic, prestate de către instituțiile medico-sanitare autorizate, în baza tarifelor negociate cu acestea, fără a depăși tarifele aprobate de Ministerul Sănătății.

153. Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică în limita contractată, volumul și spectrul de servicii, asigurînd 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 la domiciliu

154. Îngrijirile medicale la domiciliu se vor contracta în temeiul ordinelor Ministerului Sănătății nr.333 din 19.08.2008 și nr. 342 din 22.08.2008.

Metoda de plată pentru îngrijirile medicale la domiciliu este „per vizită” în limita sumei stabilite pentru un „caz asistat”.

B. Modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate

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

a) 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 cuantumului avansului achitat;

- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, confirmată de către prestator în dările de seamă prezentate și verificate de Compania Națională de Asigurări în Medicină și Agențiile teritoriale în conformitate cu prevederile Regulamentului comun al Ministerului Sănătății și CNAM.

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

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

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma trimestrială cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță, cu excluderea cuantumului avansului achitat și a eventualelor depășiri peste suma-limită de prescriere a medicamentelor compensate;

- cazurile tratate în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu în limita mijloacelor contractate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea cuantumului avansului achitat;

- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, confirmată de către prestator în dările de seamă prezentate și verificate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină și Agențiile teritoriale în conformitate cu prevederile Regulamentului comun al Ministerului Sănătății și CNAM.

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

157. Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu se va face:

a) trimestrial după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din sumă contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorii de performanță și cu excluderea cuantumului avansului achitat;

- suma bonificației pentru indicatorii de performanță, inclusiv și în cadrul asistenței medicale stomatologice, confirmată de către prestator în dările de seamă prezentate și verificate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină și Agențiile teritoriale în conformitate cu prevederile Regulamentului comun al Ministerului Sănătății și CNAM.

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

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

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea cazurilor tratate, în limita sumelor contractate pe fiecare profil, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

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

159. Achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță se va face:

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plata:

- integral suma pentru îndeplinirea serviciilor, în limita sumelor prevăzute în contract pe fiecare tip de serviciu, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

b) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală pentru fiecare tip de serviciu contractat.

160. Achitarea îngrijirilor medicale la domiciliu se va face:

a) trimestrial după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea vizitelor în limita sumei contractate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

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

C. Procedura de negociere și de soluționare a litigiilor

161. Contractarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se 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.

162. 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 Ministerului Sănătății. Deciziile comisiei sunt definitive și obligatorii pentru părțile contractante.

D. Dispoziții finale

163. 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 2009, conform formularului aprobat.

La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată.

164. Sumele destinate bonificației pentru indicatorii de performanță prin plata „*per capita*” se planifică pe instituția medico-sanitară publică, cu achitarea ulterioară pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță instituției medico-sanitare publice.

165. Sumele destinate bonificației pentru indicatorii de performanță prin plata „*per serviciu*” se planifică integral pe republică, cu achitarea pentru îndeplinirea acestora nemijlocit instituției medico-sanitare publice.

166. 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.

167. 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.

168. Evaluarea deficiențelor menționate la punctele 123, 137 și 148 și aplicarea indicatorilor de sancționare vor demara odată cu aprobarea regulamentului respectiv.