



ORDIN

dr. Ia. Dodon Nr. 1036/295-A

*privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale  
în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023*

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr.358/2022, Hotărârii Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022, Regulamentului cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.148/2021 și Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156/2002,

**ORDONĂM:**

1. Se aprobă Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și agențiilor teritoriale vor asigura respectarea Criteriilor de contractare aprobate prin prezentul ordin.
3. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să publice pe paginile lor web oficiale, iar în cazul în care nu dispun de pagină web oficială, să afișeze pe avizierul instituției, într-un loc vizibil și accesibil pentru public, contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, în termenele stabilite de actele normative.
4. Prezentul ordin intră în vigoare la 01.01.2023.

**Ala NEMERENCO**  
Ministru

**Ion DODON**  
Director general

**CRITERIILE DE CONTRACTARE  
a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării  
obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023**

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023 (în continuare – *Criterii de contractare*) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr. 358/2022, Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022, și Hotărârii Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Criteriile de contractare stabilesc:

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

2) condițiile de contractare a prestatorilor de servicii medicale;

3) modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Programul unic);

4) repartizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - AOAM) pe tipuri de asistență medicală pentru achitarea serviciilor medicale;

5) particularitățile de contractare a tipurilor de asistență medicală prevăzute în Programul unic și a prestatorilor de servicii medicale;

6) modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate;

7) negocierea și soluționarea litigiilor.

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

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

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

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

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

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

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

4) asigurarea eficienței și transparenței în utilizarea mijloacelor financiare publice, bazate pe necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor AOAM aprobate pentru anul 2023;

5) îmbunătățirea continuă a calității și siguranței serviciilor medicale.

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

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

1) prestatorul de servicii medicale este acreditat și autorizat sanitar la nivel național;  
2) prestatorul de servicii medicale este inclus în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate;

3) prestatorul de servicii medicale specifică, în oferta prezentată Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM), disponibilitatea de resurse umane angajate la locul de muncă de bază/cumul în instituție, pentru fiecare profil/serviciu solicitat pentru contractare. CNAM are dreptul de a solicita suplimentar de la potențialul prestator de servicii medicale documente justificative privind resursele umane disponibile;

4) prestatorul de servicii medicale asigură baza tehnico-materială necesară pentru prestarea serviciilor solicitate și încăperi conforme normelor sanitaro-igienice. CNAM are dreptul de a solicita suplimentar de la potențialul prestator de servicii medicale documente justificative privind dotarea cu utilajele necesare realizării serviciilor solicitate.

5) lipsa condiționării plăților suplimentare pentru serviciile prestate în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022. Lipsa petițiilor în adresa CNAM privind achitarea de către persoanele asigurate a serviciilor medicale sau procurarea medicamentelor și consumabilelor, examinate și confirmate de către structura abilitată cu drept de evaluare.

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

1) prestarea serviciilor de înaltă performanță de către prestatorii de servicii medicale care activează în baza principiului de deservire teritorială a populației și dispun de capacitățile necesare pentru prestarea acestor servicii pentru populația înregistrată conform bazei de date a CNAM, în cadrul aceleiași instituții, reieșind din capacitatea instituției și limitele stabilite în Contractul de prestare a serviciilor medicale cu CNAM;

2) oferirea serviciilor medicale unice care nu sunt prestate de alți prestatori de servicii medicale și care sunt incluse în serviciile acoperite în cadrul AOAM, conform necesităților populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate în limita mijloacelor fondurilor AOAM aprobate pentru anul 2023, stabilite de Ministerul Sănătății și CNAM;

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

4) oferirea unei reduceri la tarifele pentru volumele contractuale negociate în procesul de contractare cu prestatorii de servicii medicale.

9. Prestatorul de servicii medicale trebuie să întrunească toate condițiile generale de eligibilitate prevăzute în pct.7. Prioritate în procesul de contractare vor avea prestatorii de servicii medicale care vor întruni una sau mai multe condiții speciale de contractare.

10. Pentru anul 2023 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- 1) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- 2) asistența medicală primară;
- 3) asistența medicală specializată de ambulator;
- 4) asistența medicală spitalicească;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
- 7) servicii de îngrijire paliativă.

### **III. REPARTIZAREA MIJLOACELOR FONDURILOR ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU ACHITAREA SERVICIILOR MEDICALE**

11. Administrarea fondurilor AOAM se efectuează de CNAM în condițiile legii, ținându-se cont de necesitatea acordării persoanelor asigurate a asistenței medicale incluse în Programul unic, precum și acordării asistenței medicale prevăzute de legislație persoanelor neasigurate.

12. Mijloacele fondului pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (în continuare - fondul de bază), cu excepția subprogramului medicamente și dispozitive medicale compensate, se repartizează în procesul de contractare după cum urmează:

- 1) asistența medicală urgentă prespitalicească - 1 137 765,7 mii lei;
- 2) asistența medicală primară - 2 848 619,1 mii lei;
- 3) asistența medicală specializată de ambulatoriu - 1 241 218,5 mii lei;
- 4) asistența medicală spitalicească – 7 184 045,2 mii lei;
- 5) servicii medicale de înaltă performanță – 293 764,3 mii lei;
- 6) îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 113 175,7 mii lei;
- 7) servicii de îngrijire paliativă - 79 360,3 mii lei.

13. Plafoanele de cheltuieli indicate în pct.12 vor fi ajustate în contextul rectificării Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023 nr.358/2022 sau în rezultatul aplicării art. 7 din legea nominalizată.

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

#### **Secțiunea 1**

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

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

15. La contractarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la data de 1 decembrie 2022.

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

- 1) „per capita”, tariful „per capita” constituie 333,26 lei;
- 2) „plata retrospectivă per solicitare” pentru:
  - a) servicii medicale în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19, prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina;
  - b) servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani;
  - c) servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina.

#### **Secțiunea a 2-a**

#### **Asistența medicală primară**

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

18. Prestatorii de servicii medicale de asistență medicală primară documentele cărora sunt depuse pentru prima dată în vederea contractării și corespund prevederilor actelor



normative, precum și cei care pe parcursul anului se lichidează sau reorganizează, vor fi contractați trimestrial de către CNAM.

19. Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

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

2) plata „per capita” pentru activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie.

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

4) „plata retrospectivă per serviciu/consultație/investigație” pentru:

a) servicii medicale în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19, prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina;

b) servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani;

c) servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina.

20. La contractarea serviciilor medicale de asistență medicală primară în baza metodei de plată „per capita” va fi luat în calcul numărul de persoane (asigurate și neasigurate) din fiecare categorie de vârstă înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” la data de 1 decembrie 2022.

21. Categoriile de vârstă și tarifele utilizate în cadrul contractării serviciilor medicale de asistență medicală primară în baza metodei „per capita” ajustat la riscul de vârstă sunt:

Categoria de vârstă	Tarif per capita
de la 0 – până la 2 ani	1 386,64
de la 2 ani – până la 5 ani	1 217,93
de la 5 ani – până la 8 ani	927,94
de la 8 ani – până la 50 ani	527,24
50 ani și peste	1 154,66

22. Activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie sunt:

1) generalizarea și prezentarea datelor statistice la nivel teritorial;

2) deservirea de către pediatru a copiilor din întreg teritoriul administrativ;

3) coordonarea activității din domeniul mamei și copilului la nivel de asistență medicală primară din întreg teritoriul administrativ;

4) deservirea și coordonarea activității din domeniul sănătății reproducerii și planificării familiei la nivel de asistență medicală primară din întreg teritoriul administrativ;

5) coordonarea examinării profilactice ginecologice și screening-ului de col uterin la nivel de asistență medicală primară din întreg teritoriul administrativ;

6) asistența cu medicamente pentru întreg teritoriul administrativ;

7) coordonarea și controlul calității serviciilor de laborator din întreg teritoriul administrativ;

8) acordarea suportului consultativ-metodic privind organizarea asistenței medicale primare populației;

9) coordonarea activității de promovare a sănătății, generalizarea informației la nivel de teritoriu administrativ;

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

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

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

13) acordarea suportului pentru implementarea Sistemului Informațional Automatizat AMP.

23. Tariful „per capita” pentru activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie pentru populația înregistrată în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, inclusiv din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală primară, constituie 15 lei.

24. Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile AOAM în conformitate cu prevederile actelor normative.

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

26. Realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, se stabilește în funcție de Lista maladiilor și Lista medicamentelor, aprobate prin ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al CNAM.

27. Evidența serviciilor medicale specificate în Anexa nr.4 la Programul unic se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative.

### **Secțiunea a 3-a**

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

28. Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulator în cadrul sistemului AOAM vor fi contractați de către CNAM, în cazul când aceștia dispun de medici specialiști de profil, alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și de personal autorizat sau atestat, după caz, pentru prestarea serviciilor medicale. În cazul lipsei medicilor specialiști de profil prestatorii de asistență medicală specializată de ambulator vor prezenta contracte bilaterale cu alți prestatori de servicii medicale.

29. Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu în conformitate cu actele normative în vigoare, CNAM va perfectă contractul de prestare a serviciilor medicale la compartimentul dat, ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.

30. Asistența medicală specializată de ambulator se împarte în:

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

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

1) pentru asistența medicilor specialiști de profil:

- a) „per capita”;
- b) „per serviciu”;
- c) „per caz tratat”;
- d) „per vizită”;
- e) „buget global”;
- f) „per ședință”;

g) „plata retrospectivă per serviciu/produs în limitele bugetului contractat”;

2) pentru asistența medicală stomatologică acordată de către prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău:

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

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

32. La contractarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator, oferite după principiul teritorial în baza metodei de plata „per capita”, va fi luat în calcul numărul de persoane asigurate înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” în cadrul prestatorilor de asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a prestatorului de servicii medicale de asistență medicală specializată de ambulator la 1 decembrie 2022.

33. Pentru prestatorii care oferă asistență medicală specializată de ambulator conform principiului teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilește în baza tarifului „per capita”, în valoare de 275,18 lei.

34. Contractarea prestatorilor care nu oferă servicii specializate de ambulator conform principiului teritorial este efectuată prin următoarele metode:

1) plata prin „buget global” – pentru secțiile consultative ale prestatorilor de servicii medicale republicane (IMSP Institutul Mamei și Copilului, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP Institutul de Cardiologie, IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”, IMSP Institutul Oncologic, IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorba”, IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, IMSP Policlinica de Stat); Centrul Național de Epileptologie din cadrul IMSP Institutului de Medicină Urgentă; Secțiile Ambulatorii de Ortopedie și Traumatologie din cadrul Asociațiilor Medicale Teritoriale; laboratorul național de referință al IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”; laboratorul de referință al IMSP Spitalul Clinic Bălți; secția consultativă a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”; acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor asigurate și neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză în conformitate cu prevederile legislației în vigoare; laboratorul de referință al IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile; realizarea tratamentului medical oncologic, inclusiv chirurgie, chimioterapie și tratamentul hematologic în condiții de staționar de zi și ambulator; Centrul republican colonoscopic; Banca de țesuturi și celule; serviciile de reabilitare a persoanelor slab văzătoare; serviciul de reabilitare medicală în oncologie; servicii de intervenție timpurie pentru copiii (de la naștere până la vârsta de 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiile acestora, în conformitate cu actele normative aprobate de Guvern; servicii pentru tratamentul de reabilitare a copiilor cu dizabilități neuro-locomotorii; Centrul de reabilitare medicală din cadrul IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”; servicii de intervenție în tulburări de spectru autist; Laboratorul imunologie și genetică moleculară a IMSP Institutul Oncologic.

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

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

4) plata „retrospectivă per serviciu/produs” în limitele bugetului contractat pentru: acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator al bolnavilor de tuberculoză; exoproteze mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori; proteze individuale și consumabile necesare pentru reabilitarea protetică a pacienților cu tumori ale capului, gâtului și în caz de anoftalmie, defect parțial sau total al globului ocular, indiferent de etiologie; acoperirea cheltuielilor de transport public suburban și interurban (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tariful pentru

transportul cu autobuze de tip comun, aprobat de instituția (entitatea) responsabilă de stabilirea tarifelor , pentru pacienții care efectuează în condiții de ambulator (în staționarul de zi) servicii de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice) și radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic; medicamentele cu destinație specială;

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

6) „plata retrospectivă per serviciu/consultație/investigație” pentru: servicii medicale în cazurile de urgențe medico-chirurgicale, COVID-19, servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina.

**35.** Evidența serviciilor medicale specificate în Anexa nr.4 la Programul unic se va efectua în conformitate cu prevederile actelor normative.

**36.** Prestatorii de servicii medicale contractați pentru prestarea serviciilor medicale de dializă în condiții de ambulator, din costul ședinței acoperă bolnavilor cu insuficiență renală cronică, care efectuează dializa, cheltuielile de transport public suburban și interurban (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tariful pentru transportul cu autobuze de tip comun, aprobat de instituția (entitatea) responsabilă de stabilirea tarifelor. Volumul contractual pentru serviciul de dializă va specifica numărul de ședințe, tariful ședinței și suma contractuală pentru prestarea serviciilor de hemodializă. Suma contractuală destinată dializei cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, transport și alimentația pacientului.

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

**38.** Contractarea asistenței medicale stomatologice se efectuează prin:

1) „per capita” pentru asistența stomatologică acordată de prestatorii care oferă servicii medicale conform principiului teritorial:

a) 20,34 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău;

b) 35,62 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale;

2) „buget global” pentru:

a) IMSP Policlinica Stomatologică Republicană, IMSP Centrul stomatologic municipal de copii și IMSP Institutul de Medicină Urgentă;

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

#### **Secțiunea a 4-a** **Asistența medicală spitalicească**

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

1) existența profilului de paturi în conformitate cu Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate;

2) existența personalului medical, mediu și de îngrijire pentru efectuarea serviciilor solicitate.

**40.** Sunt eligibili pentru contractarea programelor speciale, prestatorii de servicii medicale care întrunesc cerințele de la pct. 39 și suplimentar asigură:

1) existența serviciului de anesteziologie și terapie intensivă;

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

3) existența blocului operator;



4) personal medical relevant pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul programului special;

5) echipamente medicale specifice programului special solicitat.

**41.** Unitatea de măsură a activității spitalicești de scurtă durată este Cazul tratat. Cazurile tratate pot fi acute, cronice și cazuri de chirurgie de zi (cazurile când pacientul este internat, operat și externat până la 24 ore). Cazurile tratate acute urmează a fi prestate în cadrul programelor de activitate spitalicească prevăzute în contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), stabilite prin ordinul ministrului sănătății și directorul general al CNAM.

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

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

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

1) plata „per caz tratat” finanțat în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) – cazurile tratate acute și în chirurgia de zi, inclusiv pentru cazurile tratate de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19 prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina; cazurile tratate prestate femeilor străine refugiate din Ucraina cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și cazurile tratate prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina;

2) plata „per caz tratat” – pentru cazurile tratate cronice (geriatrie și reabilitare); transplantul de rinichi, ficat, cornee, scleră și membrană amniotică; procedura de fertilizare in vitro; serviciile de prelevare de ficat, rinichi de la donator în viață, prelevare multiorganică de la donator în moarte cerebrală;

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

4) plata pe „buget global” pentru:

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

b) asistența medicală pe profilurile psihiatrie și narcologie, inclusiv prestate în cadrul spitalelor raionale, precum și pentru tratamentul prin constrângere (după precizarea diagnosticului), narcologie și psihiatrie concomitent cu fiziatrie;

c) serviciul „Aviasan”;

5) plata „retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat” pentru consumabile costisitoare achitate suplimentar costului cazului tratat în cadrul programelor de activitate spitalicească, stabilite prin ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al CNAM și pentru medicamentele cu destinație specială (costisitoare) achitate suplimentar costului cazului tratat;

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

7) „plata retrospectivă per serviciu/consultație/investigație” pentru: servicii medicale în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19 prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina, servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina, în cadrul unităților de primiri urgențe tip I-III/secțiile de internare care ulterior nu au fost spitalizați.

**43.** Pentru prestatorii contractați în baza sistemului DRG (Case-Mix), pentru programul general, chirurgia de zi, și fiecare program special, în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

1) numărul limită de cazuri care pot fi prestate;

2) ICM pus la baza calculului sumei contractuale;

- 3) tariful de bază;
- 4) suma contractuală.

44. Pentru prestatorii contractați pe îngrijiri cronice, pentru fiecare profil în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

- 1) numărul limită de cazuri care pot fi prestate;
- 2) tariful „per caz tratat”;
- 3) suma contractuală.

45. Pentru prestatorii contractați pe profilul „ftiziatrie”, în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

- 1) numărul limită de „zile-pat” care pot fi prestate;
- 2) tariful pe „zi-pat”;
- 3) suma contractuală.

46. Procesul de colectare și raportare a datelor la nivel de pacient în funcție de complexitatea cazurilor se stipulează în Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat prin ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al CNAM.

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

48. Pentru prestatorii contractați pe servicii de dializă în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

- 1) numărul limită de ședințe;
- 2) tariful „per ședință”;
- 3) suma contractuală.

Suma contractuală destinată serviciilor de dializă cuprinde toate cheltuielile necesare prestării serviciilor de dializă, inclusiv cheltuielile pentru materiale de consum, achiziționarea pieselor de schimb, eritropoetină, alimentația pacientului.

49. CNAM, în limita mijloacelor financiare disponibile, va încheia contracte de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale pentru finanțarea medicamentelor achitate suplimentar cazului tratat conform prevederilor actelor normative.

50. Suplimentar plății pe „caz tratat” în cadrul sistemului DRG sunt acoperite cheltuielile pentru consumabilele costisitoare în cadrul programelor speciale, stabilite prin ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

## **Secțiunea a 5-a**

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

51. Serviciile medicale de înaltă performanță sunt serviciile medicale specificate în Anexa nr. 5 la Programul unic.

52. Prestatorul de servicii medicale de înaltă performanță poate fi eligibil pentru contractare de către CNAM doar întrunind următoarele condiții:

- 1) este autorizat și acreditat, conform prevederilor legale, pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță;
- 2) este asigurat cu încăperi conforme normelor sanitaro-igienice,
- 3) este asigurat cu personal medical, dintre care nu mai puțin de 1 unitate de medic cu activitate de bază;
- 4) dispune de dispozitive medicale necesare pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță contractate.

53. Metodele de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță sunt:

- 1) plata „per serviciu”;

2) „plata retrospectivă per serviciu/consultație/investigație” pentru servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina.

**54.** Contractarea serviciilor medicale de înaltă performanță și, respectiv, prescrierea, evidența și raportarea lor se efectuează pe următoarele programe:

- 1) Program Laborator;
- 2) Program Laborator Hepatite;
- 3) Program Transfuzie;
- 4) Program Anatomopatologie și citopatologie;
- 5) Program Diagnostic funcțional;
- 6) Program Monitorizare ambulatorie;
- 7) Program Medicina nucleară;
- 8) Program Imagistică;
- 9) Program Ecocardiografie;
- 10) Program Imagistică Hepatite;
- 11) Program Radiodiagnostic;
- 12) Program Tomografie computerizată;
- 13) Program Coronarografie;
- 14) Program Rezonanță magnetică nucleară;
- 15) Program Colonoscopie;
- 16) Program Endoscopie;
- 17) Program Artroscopie;
- 18) Program Profil general;
- 19) Program Oftalmologie;
- 20) Program Anestezie;
- 21) Program Pacient oncologic primar;
- 22) Program Pacient copil.

**55.** Evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță, incluse în capitolele I-III din Anexa nr.5 la Programul unic, se realizează în baza biletului de trimitere (F nr.027/e) prin intermediul Sistemului Informațional „Achitarea Serviciilor medicale” (SIASM).

**56.** Prescrierea, evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță, incluse în capitolele IV-XIII din Anexa nr. 5 la Programul unic, se realizează prin intermediul Sistemului Informațional de Raportare și Evidență a Serviciilor Medicale (SIRSM), cu excepția cazurilor când pacientul nu deține număr de identificare de stat (IDNP).

**57.** Prescrierea, prestarea, evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capitolele IV-XIII din Anexa nr. 5 la Programul unic, pentru persoanele asigurate care nu dețin IDNP se va efectua doar în baza biletului de trimitere (formularul 027/e).

**58.** Pentru serviciile medicale prevăzute în pct.54 contractul va specifica:

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

**59.** Prescrierea, evidența și raportarea serviciilor medicale contractate pe Programul Pacient oncologic primar se efectuează în baza componentelor relevante privind diagnosticul și necesitatea determinării gradului de răspândire a procesului tumoral.

**60.** Disponibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță în SIRSM este realizată de către prestatorul de servicii medicale la data încheierii contractului cu CNAM, prin generare de sloturi, pentru perioada primelor 3 luni de acțiune a contractului, pe fiecare serviciu medical contractat, cu generarea în continuare a sloturilor în ultima zi lucrătoare a lunii de gestiune, pentru luna imediat următoare perioadei pentru care au fost generate anterior sloturi.

## Secțiunea a 6-a

### Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

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

- 1) „per vizită”;
- 2) „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală;
- 3) „plata retrospectivă per serviciu/consultație/investigație” pentru servicii medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina .

## Secțiunea a 7-a

### Servicii de îngrijire paliativă

62. Metodele de plată pentru servicii de îngrijire paliativă sunt:

- 1) plata pe „zi-pat” pentru servicii de îngrijire paliativă (hospice) prestate în condiții de spital/staționar;
- 2) plata „per vizită”:
  - a) pentru îngrijire paliativă prestată de către echipa mobilă interdisciplinară;
  - b) pentru îngrijire paliativă prestată la domiciliu de către medic și/sau asistent medical;
  - c) pentru îngrijire paliativă prestată la domiciliu de către asistent social sau psiholog;
- 3) „plata retrospectivă” pentru servicii de îngrijire paliativă prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și servicii medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina.

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

63. Până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, CNAM va remite prestatorilor contractați rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică. Sumele incluse în rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică vor fi calculate conform metodologiei descrise în prezentul capitol.

64. Până la data de 25 a lunii următoare perioadei de facturare, prestatorii contractați vor genera și expedia, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, facturile fiscale electronice emise în baza rapoartelor privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, recepționate de la CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM.

65. Rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică și/sau alte documente justificative vor fi anexate la facturile fiscale electronice, utilizând funcționalitatea Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”.

66. În facturile fiscale electronice emise de prestatorii contractați fiecare subprogram va fi reflectat într-un rând separat.

67. Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești se efectuează:

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv, achitarea în mărime de 1/4 din suma contractuală, cu excluderea sumelor achitate anterior.

3) tarifele „per capita” se recalculează trimestrial reieșind din suma „per capita” și numărul total al populației din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală urgentă prespitalicească, înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din



cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, la situația ultimei zile a trimestrului.

**68.** Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale primare se efectuează:

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv:

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

b) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct. 22 din Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 837/2016, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior;

c) achitare în mărime de 1/4 din suma pentru activitățile specifice centrelor raionale/Centrului Medicilor de Familie, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior.

**69.** Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator se efectuează:

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv:

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

b) achitarea în mărime de 1/4 din suma pentru acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016, în limita sumei contractuale, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

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

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

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

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

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

3) tarifele „per capita” se recalculează trimestrial reieșind din suma „per capita” și numărul total al populației din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală specializată de ambulator, înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, la situația ultimei zile a trimestrului.

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

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

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv:

a) achitarea cazurilor tratate, contractate în baza sistemului DRG (Case-Mix), calculată în baza numărului de cazuri tratate validate și ICM real pentru fiecare program, în limita numărului de cazuri tratate contractate pentru fiecare program și în limita la 1/4 din suma contractuală pentru fiecare program, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

b) achitarea îngrijirilor cronice, calculată în baza numărului de cazuri tratate prestate pacienților asigurați pentru fiecare profil, în limita la 1/4 din suma contractuală pentru fiecare profil, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

c) achitarea asistenței medicale pe profilul „ftiziatrie”, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

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

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



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

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

3) consumabilele costisitoare în cadrul programelor speciale, stabilite prin ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al CNAM, se achită lunar în baza facturilor fiscale electronice și rapoartelor privind consumabilele costisitoare utilizate în luna precedentă, conform modelului aprobat prin ordinul directorului general al CNAM, în limita sumei contractuale.

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

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

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

2) trimestrial, în decurs de o lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv, achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita la 1/4 din suma contractuală aferentă fiecărui grup de servicii medicale de înaltă performanță cu sumă contractuală separată, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv:

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

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

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

**73. Achitarea serviciilor de îngrijiri paliative se efectuează:**

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

2) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice pentru trimestrul respectiv:

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

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

**74. Valoarea creanțelor CNAM față de prestatorii contractați, inclusiv a creanțelor aferente prejudiciilor constatate, va fi reținută din contul transferurilor ulterioare efectuate în adresa prestatorilor, în conformitate cu punctul 4.4 din Contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.**

**75. Cheltuielile privind încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației se acoperă lunar în baza facturilor fiscale electronice și rapoartelor prezentate privind cheltuielile de personal calculate medicilor rezidenți din cadrul prestatorilor**

de servicii medicale, conform modelului aprobat prin ordinul directorului general al CNAM, în limita sumei contractuale, fără achitarea avansului.

**76.** Serviciile medicale în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19, serviciile medicale de dializă, prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina, serviciile medicale prestate femeilor străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 ani și serviciile medicale prestate copiilor cu vârsta 0-18 ani refugiați din Ucraina se achită în baza facturilor fiscale electronice și documentelor justificative prezentate, în limita sumei contractuale, fără achitarea avansului.

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

**78.** În cazul în care pentru anumite volume de servicii medicale sunt prevăzute perioade specifice în care acestea urmează a fi prestate, atunci:

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

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

## **VI. MODALITATEA DE INVALIDARE A SERVICIILOR MEDICALE și RECUPERARE A PREJUDICIULUI CAUZAT FAOAM**

**79.** În cadrul invalidării serviciilor medicale și dezafectării mijloacelor fondurilor AOAM, echivalentul bănesc al prejudiciului, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare, în conformitate cu prevederile contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.-

**80.** Invalidarea serviciilor medicale se va efectua în conformitate cu prevederile Regulamentului privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

## **VII. DISPOZIȚII FINALE**

**81.** Litigiile apărute între părți se soluționează pe cale amiabilă între reprezentanții CNAM și ai prestatorului de servicii medicale. În caz de imposibilitate de soluționare a litigiilor pe cale amiabilă, părțile pot să se adreseze în instanța de judecată competentă.

**82.** Pe parcursul anului, numărul persoanelor (asigurate și neasigurate) înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” care stau la baza contractării prin metoda de plată „per capita” în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești, asistenței medicale primare și asistenței medicale specializate de ambulator va fi actualizat trimestrial, la situația ultimei zile a trimestrului.

**83.** Pentru prestatorii de servicii medicale care au încadrat medici rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației, contractul va fi completat cu un rând separat – „suma pentru acoperirea cheltuielilor de personal garantate (salariul de funcție, spor pentru condiții nefavorabile de muncă, supliment pentru munca în zilele de sărbători, contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii) legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației”. Metoda de plată este „retrospectiv în limitele bugetului contractat”.



**84.** Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori de servicii medicale prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

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

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