



ORDIN

23.10.2024 Nr. 1040/283-A

Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 și modalității de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate

În temeiul pct. 2 subpct. 2) din Hotărârea Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și pct. 3¹ din Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 198-202, art. 1443) și în conformitate cu pct. 9 subpct. 11) din Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.148/2021 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2021, nr. 206-208, art. 346) și pct. 29 lit. e) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 27-28, art. 232),

ORDONĂM:

1. Se aprobă Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 și modalitatea de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate (se anexează).

2. Prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Compania Națională de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 și modalității de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate, aprobate prin prezentul ordin.

3. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să asigure publicarea pe paginile web oficiale, iar în cazul în care instituția nu dispune de pagină web oficială, să asigure plasarea 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 data de 1 ianuarie 2025.

Ala NEMERENCO
Ministru

Ion DODON
Director general

***Criteriile de contractare
a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
pentru anul 2025 și modalitatea de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate***

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 și modalitatea de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate (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 2025, nr. 304/2024, 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.

2. Criteriile de contractare stabilesc:

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

2.2. principiile de încadrare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – AOAM);

2.3. particularitățile contractării și modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală;

2.4. modalitatea de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate;

2.5. modalitatea de invalidare a serviciilor medicale și recuperare a prejudiciului cauzat FAOAM.

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

II. REPARTIZAREA MIJLOACELOR FONDURILOR ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU ACHITAREA SERVICIILOR MEDICALE

4. Pentru anul 2025 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

4.1. asistență medicală primară;

4.2. asistență medicală specializată de ambulator;

4.3. îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;

4.4. asistență medicală urgentă prespitalicească;

4.5. asistență medicală spitalicească;

4.6. servicii medicale de înaltă performanță;

4.7. servicii de îngrijire paliativă.

5. Mijloacele fondului pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, cu excepția medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate, se repartizează în procesul de contractare după cum urmează:

5.1. asistență medicală primară – 3 423 377,5 mii lei;

5.2. asistență medicală specializată de ambulatoriu – 1 647 512,8 mii lei;

5.3. îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu – 147 062,2 mii lei;

- 5.4. asistență medicală urgentă prespitalicească – 1 535 197,1 mii lei;
 - 5.5. asistență medicală spitalicească – 8 620 499,7 mii lei;
 - 5.6. servicii medicale de înaltă performanță – 423 474,0 mii lei;
 - 5.7. servicii de îngrijire paliativă – 100 146,0 mii lei.
6. Plafoanele de cheltuieli indicate în pct.5 vor fi ajustate în contextul rectificării Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 nr.304/2024 sau în rezultatul aplicării art.7 din legea nominalizată.

III. PRINCIPIILE DE ÎNCADRARE A PRESTATORILOR DE SERVICII MEDICALE ÎN SISTEMUL AOAM

7. Încadrarea prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM se realizează cu respectarea următoarelor principii generale:
- 7.1. alinierea procesului de contractare la prevederile politicilor naționale și priorităților stabilite în sistemul de sănătate;
 - 7.2. asigurarea accesului echitabil al populației la serviciile medicale prevăzute în Programul unic;
 - 7.3. asigurarea transparenței procesului de încadrare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM și utilizării resurselor financiare publice.
8. Condițiile generale de eligibilitate a prestatorilor de servicii medicale sunt:
- 8.1. prestatorul de servicii medicale este acreditat la nivel național;
 - 8.2. prestatorul de servicii medicale este autorizat sanitar;
 - 8.3. prestatorul de servicii medicale este inclus în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate.
9. Condițiile speciale de contractare a prestatorilor de servicii medicale sunt:
- 9.1. oferirea serviciilor medicale unice, acoperite în cadrul AOAM, care nu sunt prestate de alți prestatori de servicii medicale;
 - 9.2. prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță de către prestatorii de servicii medicale care activează în baza principiului de deservire teritorială a populației și dispun de capacitățile necesare prestării acestor servicii pentru populația înregistrată conform bazei de date a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM) în cadrul aceleiași instituții, reieșind din capacitatea instituției și limitele stabilite în Contractul de prestare a serviciilor medicale cu CNAM;
 - 9.3. oferirea unei reduceri la tarifele pentru volumele contractuale negociate în procesul de contractare cu prestatorii de servicii medicale.
 - 9.4. executarea cu bună credință a prevederilor contractuale în perioada precedentă.
10. Prestatorul de servicii medicale trebuie să întrunească toate condițiile generale de eligibilitate prevăzute în pct.8. Prioritate în procesul de contractare au prestatorii de servicii medicale care întrunesc una sau mai multe condiții speciale de contractare.
11. La examinarea ofertelor prezentate de către prestatorii de servicii medicale pentru încadrarea în sistemul AOAM se țin cont de:
- 11.1. necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul AOAM;
 - 11.2. calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;
 - 11.3. performanța dispozitivelor medicale;
 - 11.4. acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;
 - 11.5. disponibilitatea FAOAM;
 - 11.6. calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;
 - 11.7. respectarea prevederilor contractuale constatată prin prisma rezultatelor evaluării prestatorilor de servicii medicale efectuate de structurile abilitate ale CNAM.

IV. PARTICULARITĂȚILE CONTRACTĂRII ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ PE TIPURILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Secțiunea 1

Asistența medicală primară

12. Prestatorii de asistență medicală primară în cadrul sistemului AOAM sunt 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.

13. 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, sunt contractați trimestrial de către CNAM.

14. Metodele de plată în asistență medicală primară sunt:

14.1. plata „per capita” ajustată la risc de vârstă;

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

14.3. plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie.

15. La contractarea serviciilor medicale de asistență medicală primară în baza metodei de plată „per capita” este luat în calcul numărul de persoane (asigurate și neasigurate) din fiecare categorie de vârstă înregistrate în sistemul informațional automatizat (în continuare – SIA) „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” la data de 1 noiembrie 2024.

16. La contractarea serviciilor medicale de asistență medicală primară pentru beneficiarii de protecție temporară este luat în calcul numărul de persoane înregistrate în Registrul de evidență a înregistrărilor la medicul de familie a beneficiarilor de protecție temporară efectuate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 142/54-A din 28 februarie 2023, la data de 1 decembrie 2024.

17. 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 pentru persoanele (asigurate și neasigurate) înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” și pentru beneficiarii de protecție temporară înregistrați în Registrul de evidență a înregistrărilor la medicul de familie a beneficiarilor de protecție temporară efectuate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” sunt:

Categoria de vârstă	Tarif per capita
de la 0 – până la 2 ani	1422,25
de la 2 ani – până la 5 ani	1249,20
de la 5 ani – până la 8 ani	951,77
de la 8 ani – până la 50 ani	540,78
50 ani și peste	1184,31

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

18.1. generalizarea și prezentarea datelor statistice la nivel teritorial;

18.2. deservirea de către pediatru a copiilor din întreg teritoriul administrativ;

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

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

- 18.5. coordonarea examinării profilactice ginecologice și screening-ului de col uterin la nivel de asistență medicală primară din întreg teritoriul administrativ;
- 18.6. asistența cu medicamente pentru întreg teritoriul administrativ;
- 18.7. coordonarea și controlul calității serviciilor de laborator din întreg teritoriul administrativ;
- 18.8. acordarea suportului consultativ-metodic privind organizarea asistenței medicale primare populației;
- 18.9. coordonarea activității de promovare a sănătății, generalizarea informației la nivel de teritoriu administrativ.
- 19.** Tariful „per capita” pentru activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie pentru populația înregistrată în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, inclusiv din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală primară, constituie 15 lei.
- 20.** La contractarea serviciilor medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie se va aplica metoda „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat”.
- 21.** Evidența și raportarea serviciilor medicale paraclinice se efectuează „per serviciu” pentru fiecare serviciu în conformitate cu prevederile actelor normative.
- 22.** Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din FAOAM în conformitate cu prevederile actelor normative.

Secțiunea a 2-a

Asistența medicală specializată de ambulator

- 23.** Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulator în cadrul sistemului AOAM sunt 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 prezintă contracte bilaterale cu alți prestatori de servicii medicale.
- 24.** Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu în conformitate cu actele normative, CNAM perfectează contractul de prestare a serviciilor medicale, ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.
- 25.** Asistența medicală specializată de ambulator se împarte în:
- 25.1. asistența medicilor specialiști de profil;
- 25.2. asistența medicală stomatologică.
- 26.** Metodele de plată a asistenței medicale specializate de ambulator sunt:
- 26.1. pentru asistența medicilor specialiști de profil:
- 26.1.1. „per capita”;
- 26.1.2. „per serviciu”;
- 26.1.3. „per vizită”;
- 26.1.4. „buget global”;
- 26.1.5. „per ședință”;
- 26.1.6. „plata retrospectivă per serviciu/produs în limitele bugetului contractat”;
- 26.1.7. „per zi”
- 26.2. pentru asistența medicală stomatologică acordată de către prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău:
- 26.2.1. „per capita”;
- 26.2.2. „buget global”;
- 26.2.3. „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului specialist de profil.
- 26.3. pentru asistența medicală stomatologică acordată de către prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raioane, UTA Găgăuzia - „per capita”.

27. La contractarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator, oferite conform principiului teritorial în baza metodei de plată „per capita”, se ia în calcul numărul de persoane asigurate înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie 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 noiembrie 2024.

28. 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 301,04 lei.

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

29.1. plata prin „buget global” – pentru secțiile consultative ale prestatorilor de servicii medicale republicane; Centrul Național de Epileptologie din cadrul IMSP „Institutul 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 al persoanelor asigurate și neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA și tuberculoză; laboratorul de referință și dispensarul din cadrul IMSP Spitalul de Boli Infecțioase „Toma Ciorba”; realizarea tratamentului medical oncologic, inclusiv chirurgie, chimioterapie și tratamentul hematologic în condiții de staționar de zi și ambulator; Banca de țesuturi și celule; serviciile de reabilitare a persoanelor slab văzătoare; serviciul de reabilitare medicală în oncologie; serviciile de intervenție timpurie pentru copiii (de la naștere până la vârsta de 5 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiile acestora; serviciile pentru tratamentul de reabilitare a copiilor cu dizabilități neuro-locomotorii; Laboratorul imunologie și genetică moleculară a IMSP „Institutul Oncologic”, pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată în cadrul IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie”.

29.2. plata „per zi” – pentru reabilitarea narcomanilor în cadrul IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie”;

29.3. plata „per vizită” – tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, fără costul preparatului, în cadrul IMSP „Dispensarul 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;

29.4. plata „retrospectivă per serviciu/produs” în limitele bugetului contractat pentru:

29.4.1. acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator al bolnavilor de tuberculoză; exoproteze mamare și accesorii necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori; proteze individuale și consumabile necesare pentru reabilitarea protetică a pacienților cu patologie a capului, gâtului, aparatului locomotor și în caz de anoftalmie, defect parțial sau total al globului ocular; acoperirea cheltuielilor de transport (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tarifele la serviciile regulate în trafic raional și interraional pentru categoria de confort II, aprobate de instituția responsabilă de stabilirea tarifelor, pentru pacienții care efectuează în condiții de ambulator (în staționarul de zi) servicii de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice), radioterapie în cadrul IMSP „Institutul Oncologic”; colonoscopie; medicamentele cu destinație specială;

29.4.2. acoperirea cheltuielilor pentru serviciile acordate beneficiarilor de protecție temporară;

29.4.3 serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului specialist.

29.5. plata „per ședință” pentru:

29.5.1. serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP „Institutul Oncologic”;

29.5.2. ședințe de dializă, inclusiv pentru beneficiarii de protecție temporară.

29.6. plata „per serviciu” pentru Centrul de reabilitare medicală din cadrul IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”;

- 30.** Evidența și raportarea serviciilor medicale paraclinice se efectuează „per serviciu” pentru fiecare serviciu în conformitate cu prevederile actelor normative.
- 31.** 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 (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tarifele la serviciile regulate în trafic raional și interraional pentru categoria de confort II, aprobate de instituția 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.
- 32.** Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din FAOAM în conformitate cu prevederile actelor normative.
- 33.** Contractarea asistenței medicale stomatologice se efectuează prin următoarele metode:
- 33.1. „per capita” pentru asistența stomatologică acordată de prestatorii care oferă servicii medicale conform principiului teritorial:
- 33.1.1. 32,41 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și Întreprinderea Municipală „Centrul Stomatologic Municipal Chișinău”;
- 33.1.2. 56,88 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale;
- 33.2. „buget global” pentru: IMSP „Policlinica Stomatologică Republicană”, IMSP „Centrul Stomatologic Municipal de Copii” și IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”;
- 33.3. „per serviciu” - servicii acordate beneficiarilor de protecție temporară;
- 33.4 „plata retrospectivă per serviciu în limitele bugetului contractat” pentru serviciile paraclinice.

Secțiunea a 3-a

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

- 34.** Metodele de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu sunt:
- 34.1. „per vizită”;
- 34.2. „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

Secțiunea a 4-a

Asistența medicală urgentă prespitalicească

- 35.** 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.
- 36.** La contractarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” la data de 1 noiembrie 2024.
- 37.** La contractarea serviciilor medicale de asistență medicală urgentă prespitalicească pentru beneficiarii de protecție temporară va fi luat în calcul numărul de persoane înregistrate în Registrul de evidență a înregistrărilor la medicul de familie a beneficiarilor de protecție temporară efectuate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 142/54-A din 28 februarie 2023, la data de 1 decembrie 2024.
- 38.** Metodele de plată pentru asistența medicală urgentă prespitalicească sunt:
- 38.1. „per capita”, tariful constituind 440,45 lei;
- 38.2. „buget global” pentru Serviciul național consultativ și transfer interspitalicesc;

Secțiunea a 5-a

Asistența medicală spitalicească

39. 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, intervenit 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).

40. Cazurile tratate cronice sunt cazurile prestate pe profilele geriatrie și reabilitare.

41. Cazurile tratate acute a copiilor nou-născuți, a pacienților cu accident vascular cerebral, leziuni cerebrale, leziuni ale măduvei spinării, leziuni ortopedice, intervenții de protezare a aparatului locomotor, amputații și traumatisme, probleme cardiovasculare sau pulmonare, afecțiuni neurologice, care necesită tratament succesiv de reabilitare, 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:

42.1. plata „per caz tratat” finanțat în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) pentru:

42.1.1. cazurile tratate în cadrul programelor generale, speciale și chirurgie de zi;

42.1.2. cazurile tratate de urgențe medico-chirurgicale majore și urgențe medico-chirurgicale de gradul II și III prestate beneficiarilor de protecție temporară, în cadrul prestatorilor publici de asistență medicală spitalicească și prestatorilor contractați pentru programul special Cardiologie intervențională, conform Ordinului ministrului sănătății nr.235/2020.

42.2. 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;

42.3. plata per „zi-pat” pentru asistența medicală pe profilul „fiziatrie”;

42.4. plata pe „buget global” pentru:

42.4.1. volumul de asistență medicală prestată pentru pacienții cu urgențe medicale în unitățile de primire urgentă tip A, B, C și Camerele de gardă;

42.4.2. 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;

42.4.3. Centrul comprehensiv AVC din cadrul IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”;

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

42.6. plata „per ședință” pentru:

42.6.1. serviciile medicale de radioterapie în cadrul IMSP „Institutul Oncologic”;

42.6.2. ședințe de dializă, inclusiv pentru beneficiarii de protecție temporară;

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

43.1. numărul limită de cazuri care pot fi prestate;

43.2. Indicele de complexitate medie (ICM) pus la baza calculului sumei contractuale;

43.3. tariful de bază;

43.4. suma contractuală.

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

44.1. numărul de cazuri care pot fi prestate;

44.2. tariful „per caz tratat”;

44.3. suma contractuală.

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

45.1. numărul de „zile-pat” care pot fi prestate;

45.2. tariful pe „zi-pat”;

45.3. suma contractuală.

46. Procesul de colectare și raportare a datelor la nivel de pacient în funcție de complexitatea cazurilor se realizează potrivit prevederilor Regulamentului 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 ordin 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:

48.1. numărul de ședințe;

48.2. tariful „per ședință”;

48.3. suma contractuală.

49. 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.

50. Suplimentar plății per „caz tratat” în cadrul sistemului DRG sunt acoperite cheltuielile pentru medicamente și consumabile costisitoare, conform prevederilor actelor normative.

Secțiunea a 6-a

Servicii medicale de înaltă performanță

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

51.1. Program Laborator;

51.2. Program Laborator Hepatite;

51.3. Program Transfuzie;

51.4. Program Anatomopatologie și citopatologie;

51.5. Program Diagnostic funcțional;

51.6. Program Monitorizare ambulatorie;

51.7. Program Medicina nucleară;

51.8. Program Imagistică;

51.9. Program Ecocardiografie;

51.10. Program Imagistică Hepatite;

51.11. Program Radiodiagnostic;

51.12. Program Tomografie computerizată;

51.13. Program Coronarografie;

51.14. Program Rezonanță magnetică nucleară;

51.15. Program Colonoscopie;

51.16. Program Endoscopie;

51.17. Program Profil general;

51.18. Program Oftalmologie;

51.19. Program Anestezie;

51.20. Program Pacient oncologic;

51.21. Program Pacient copil.

52. Metoda de plată pentru serviciile medicale de înaltă performanță este plata „per serviciu”.

53. Evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță se realizează în baza biletului de trimitere (F nr.027/e) prin intermediul Sistemului Informațional „Achitarea Serviciilor medicale” (SIASM) și Sistemul Informațional de Raportare și Evidență a Serviciilor

Medicale (SIRSM), cu excepția cazurilor când pacientul nu deține număr de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP).

54. Prescrierea, prestarea, evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță pentru persoanele asigurate care nu dețin IDNP se va efectua doar în baza biletului de trimitere (F nr. 027/e).

55. Pentru serviciile medicale prevăzute la pct.51 în contract se specifică:

55.1. numărul de servicii care pot fi prestate pentru fiecare tip;

55.2. tariful per fiecare serviciu;

55.3. suma contractuală.

56. 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 de cel puțin 2 luni, pe fiecare serviciu medical contractat.

Secțiunea a 7-a

Servicii de îngrijire paliativă

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

57.1. plata pe „zi-pat” pentru servicii de îngrijire paliativă (hospice) prestate în condiții de spital/staționar;

57.2. plata „per vizită”:

57.2.1. pentru îngrijire paliativă prestată de către echipa mobilă interdisciplinară;

57.2.2. pentru îngrijire paliativă prestată la domiciliu de către medic și/sau asistent medical;

57.2. 3. pentru îngrijire paliativă prestată la domiciliu de către asistent social sau psiholog;

57.3. pentru prestatorii contractați pe îngrijire paliativă (hospice) prestată în condiții de spital/staționar în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică:

57.3.1. numărul limită de „zile-pat” care pot fi prestate;

57.3.2. tariful pe „zi-pat”;

57.3.3. suma contractuală.

V. MODALITATEA DE FACTURARE ȘI ACHITARE A SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE

58. Până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, CNAM remite prestatorilor contractați rapoartele privind serviciile medicale acceptate pentru a fi incluse în factura fiscală electronică, întocmite în baza informațiilor prezentate de către prestatorii de servicii medicale în funcție de tipul de asistență medicală contractat precum: dările de seamă despre volumul de asistență medicală acordat; datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului din staționar; dările de seamă despre cheltuielile suportate pentru alimentație și transportul public de la/la domiciliu pentru tratament în condiții de ambulator al bolnavilor cu tuberculoză; dările de seamă privind acoperirea cheltuielilor de transport (tur-retur), în vederea prestării serviciilor de chimioterapie și radioterapie și alte dări de seamă despre volumul serviciilor medicale prestate pentru perioada de raportare.

59. Sumele reflectate în rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică se calculează conform metodologiei descrise în prezentul capitol.

60. Până la data de 25 a lunii următoare perioadei de facturare, prestatorii contractați generează și expediază, prin intermediul Sistemului informațional 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.

61. Serviciile se reflectă în facturile fiscale electronice în limitele a 1/12 din suma prevăzută în contract pentru fiecare tip de serviciu înmulțită la numărul de luni de la începutul perioadei de raportare, cu excluderea serviciilor facturate anterior în cadrul aceleiași perioade de raportare.

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

63. În facturile fiscale electronice emise de prestatorii contractați fiecare subprogram este reflectat într-un rând separat.

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

64.1 în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară;

64.2 integral, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare.

64.3. suma contractuală se recalculează semestrial, reieșind din tariful „per capita” și numărul total al populației din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală urgentă prespitalicească, înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, la situația din 1 iunie 2025 și, respectiv, 1 decembrie 2025.

65. Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale primare se efectuează:

65.1 în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară;

65.2 integral, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea serviciilor paraclinice și sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare, după cum urmează:

65.2.1. achitarea sumei destinate îndeplinirii serviciilor contractate după metodele de plată „per capita”, în limita sumei contractuale reflectată în facturile fiscale electronice prezentate, cu excluderea sumelor achitate anterior;

65.2.2. achitarea sumei pentru activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie, în limita sumei contractuale, reflectate în facturile fiscale electronice prezentate, cu excluderea sumelor achitate anterior.

65.2.3. sumele contractuale se recalculează semestrial reieșind din tarifele „per capita” și numărul total al populației din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală primară, înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, la situația din 1 iunie 2025 și, respectiv, 1 decembrie 2025.

65.2.4 achitarea sumei integrale pentru serviciile medicale paraclinice se va realiza trimestrial în baza dărilor de seamă și facturilor fiscale electronice prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

66.1. în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară, cu excepția sumei prevăzute pentru medicamentele cu destinație specială, dispozitivele și consumabilele medicale achitate suplimentar;

66.2. integral, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea serviciilor paraclinice și sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare, după cum urmează:

66.2.1. achitarea sumei destinate îndeplinirii serviciilor contractate după metodele de plată „buget global” și „per capita”, în limita sumei contractuale reflectată în facturile fiscale electronice prezentate, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.2. achitarea sumei pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator al bolnavilor cu tuberculoză, calculată în baza dărilor de seamă și facturilor fiscale electronice prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.3. 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 sumei contractuale, reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.4. achitarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.5. achitarea serviciilor medicale de radioterapie în cadrul IMSP Institutul Oncologic, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.6. achitarea serviciilor de dializă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.7. 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 și facturilor fiscale electronice prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.2.8 achitarea sumei integrale pentru serviciile medicale paraclinice se va realiza trimestrial în baza dărilor de seamă și facturilor fiscale electronice prezentate de către prestator, cu excluderea sumelor achitate anterior;

66.3. sumele „per capita” se recalculează semestrial reieșind din tarifele „per capita” și numărul total al populației din teritoriul arondat prestatorilor de asistență medicală specializată de ambulator, înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, la situația din 1 iunie 2025 și, respectiv, 1 decembrie 2025;

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

67. Achitarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale spitalicești se efectuează:

67.1. în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară, cu excepția sumelor prevăzute pentru consumabilele costisitoare și medicamentele cu destinație specială achitate suplimentar cazului tratat;

67.2. integral, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare, respectiv:

67.2.1. 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 sumei contractuale pentru fiecare program reflectate în facturile fiscale electronice prezentate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.2. achitarea îngrijirilor cronice, calculată în baza numărului de cazuri tratate prestate pacienților asigurați pentru fiecare profil, în limita sumei contractuale pentru fiecare profil reflectate în facturile fiscale electronice prezentate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.3. achitarea asistenței medicale pe profilul „ftiziatrie”, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.4. achitarea sumei destinate îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „buget global” în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.5 achitarea transplantului de rinichi, ficat, corneă 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 sumei contractuale pentru fiecare serviciu reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.6. achitarea sumei pentru procedurile de fertilizare in vitro, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.7. achitarea serviciilor medicale de radioterapie în cadrul IMSP „Institutul Oncologic”, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.2.8. achitarea serviciilor de dializă, calculată în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

67.3. 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;

67.4. 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.

68. Achitarea serviciilor medicale de înaltă performanță se efectuează lunar, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare.

69. Achitarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu se efectuează:

69.1. în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară;

69.2. integral, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior, respectiv:

69.2.1. achitarea sumei destinate Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice, prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

69.2.2. achitarea sumei destinate Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice, prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

69.2.3. achitarea sumei destinate îngrijirilor medicale la domiciliu, calculate în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

70. Achitarea serviciilor de îngrijiri paliative se efectuează:

70.1. în avans, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective. Pentru fiecare prestator de servicii medicale va fi calculat avansul lunar, ținând cont de nivelul de executare a contractului conform facturilor fiscale prezentate și acceptate pentru perioada anterioară;

70.2. lunar, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice cumulativ de la începutul anului pentru întreaga perioadă de raportare cu excluderea sumelor achitate anterior pentru aceeași perioadă de raportare, respectiv:

70.2.1. achitarea sumei pentru serviciile de îngrijire paliativă prestate în condiții de spital (hospice), calculate în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei

contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior;

70.2.2. achitarea sumei pentru serviciile de îngrijire paliativă prestate la domiciliu, calculate în baza dărilor de seamă prezentate de către prestator, în limita sumei contractuale reflectate în facturile fiscale electronice prezentate cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

71. Valoarea creanțelor CNAM față de prestatorii contractați, inclusiv a creanțelor aferente prejudiciilor constatate, este 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.

72. 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 ordin al directorului general al CNAM, în limita sumei contractuale, fără achitarea avansului.

73. Serviciile medicale prestate beneficiarilor de protecție temporară, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, se achită în baza facturilor fiscale electronice și documentelor justificative prezentate pentru serviciile acordate, în limita sumei contractuale, fără achitarea avansului.

74. 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.

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

75.1. 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;

75.2. 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. DISPOZIȚII SPECIALE

76. 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.

77. Pe parcursul anului, numărul persoanelor (asigurate și neasigurate) înregistrate în SIA „Asigurarea obligatorie 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 semestrial, la situația din 1 iunie 2025 și, respectiv, 1 decembrie 2025.

78. Pe parcursul anului, numărul beneficiarilor de protecție temporară, înregistrați în Registrul de evidență a înregistrărilor la medicul de familie a beneficiarilor de protecție temporară efectuate în SIA „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 142/54-A din 28 februarie 2023, la data de 1 decembrie 2024, care stau la baza contractării prin metoda de plată „per capita” în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești și asistenței medicale primare, va fi actualizat trimestrial, la situația ultimei zile a trimestrului.

79. Pentru prestatorii de servicii medicale care au încadrați medici rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației, contractul va fi completat cu un rând separat privind 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), aferente încadrării medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației. Metoda de plată este „retrospectiv în limitele bugetului contractat”.

80. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatorii de servicii medicale 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.

81. 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.

82. 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).

83. Prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul AOAM vor acorda prioritate persoanelor asigurate în vederea prestării serviciilor medicale contractate în conformitate cu Programul unic și prezentul act normativ.

84. CNAM are dreptul să negocieze cu prestatorii de servicii medicale ofertele prezentate de aceștia pentru încadrarea în sistemul AOAM, inclusiv tarifele pentru serviciile medicale oferite.