



Republica Moldova

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN Nr. OMS596/404/2016
din 21.07.2016

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

Publicat : 30.09.2016 în MONITORUL OFICIAL Nr. 338-341 art. 1601 Data intrării în vigoare

MODIFICAT

[OMS1254/364 din 31.12.21, MO40-44/11.02.22 art.158; în vigoare 01.01.22](#)

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585 din 27 februarie 1998, Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Sănătății, în temeiul pct. 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011, și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul pct.29 lit.e) din Statut, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002,

ORDONĂ :

1. Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei la prezentul ordin.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare, care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, directorii Agențiilor teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.

3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistența medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt obligați să afișeze în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori informația privind numărul contractului și data când acesta a fost încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, spectrul și tipul serviciilor contractate în baza acestuia, conform prevederilor Normelor metodologice și lista serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate și neasigurate în instituția respectivă.

4. Șeful Direcției asistență medicală primară, urgentă și comunitară, șeful Direcției asistență medicală spitalicească, șeful Direcției buget, finanțe și asigurări vor acorda suportul consultativ-metodic necesar în vederea realizării prevederilor Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.

5. Controlul asupra executării prezentului ordin se atribuie dnei Liliana Iașan, viceministru, și

dnei Diana Grosu-Axenti, vicedirector.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII Ruxanda GLAVAN
DIRECTORUL GENERAL
AL COMPANIEI NAȚIONALE
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ Dumitru PARFENTIEV

Nr. 596/404A. Chișinău, 21 iulie 2016.

Anexă

la Ordinul comun al MS și CNAM

nr. 596/404A din 21 iulie 2016

NORMELE METODOLOGICE

de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii

de asistență medicală

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Norme metodologice*) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 și Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Program unic*), aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007, toate cu ulterioarele modificări și completări.

2. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare a serviciilor medicale, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip de prestatori de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în funcție de politicile din domeniul sănătății și prioritățile de sănătate stabilite.

4. Reglementarea condițiilor acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală are ca scop asigurarea accesului echitabil la asistență medicală, cu respectarea continuității și oportunității de acordare a acesteia, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru toate persoanele aflate pe teritoriul Republicii Moldova, în conformitate cu legislația în vigoare.

5. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale inclusiv pentru persoanele neasigurate, volumul și condițiile acordării serviciilor medicale la nivel de asistență

medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acoperite din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

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

Capitolul II. Condițiile acordării asistenței medicale

pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale

prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

7. Condițiile generale de acordare a asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt următoarele:

1) atît în caz de boală cît și în caz de vizită profilactică, persoana se prezintă inițial, cu actul de identitate și/sau polița de asigurare obligatorie de asistență medicală la medicul de familie, care organizează asistența medicală necesară în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și prezentele Norme metodologice;

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

3) asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată, în volumul stabilit de Programul unic și prezentele Norme metodologice, din contul asigurării obligatorii de asistență medicală fără a fi condiționată plata pentru prestarea acestor servicii;

4) medicamentele compensate se prescriu persoanelor asigurate, cu excepția medicamentelor compensate psihotrope, anticonvulsivante, antidiabetice, care se prescriu persoanelor neasigurate, conform indicațiilor medicale, conform Ordinului nr. 492/139 din 22.04.2013, art.2 alin.4 (b);

5) statutul de persoană asigurată/neasigurată se confirmă prin interogarea, în modul stabilit, de către lucrătorii medicali autorizați ai Sistemului informațional automatizat „Asigurare obligatorie de asistență medicală” al CNAM, utilizînd codul numeric personal (IDNP) din actul de identitate al persoanei sau numărul poliței de asigurare obligatorie;

6) în toate cazurile, cînd este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat) se solicită/verifică doar la finalul acordării asistenței medicale urgente;

7) în cazul urgențelor medico-chirurgicale, cînd persoana necesită asistență medicală specializată de ambulator și/sau spitalicească consultul/internarea se efectuează la trimiterea medicului de familie, serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească, medicului specialist de profil și la adresarea persoanei fără bilet de trimitere - extras;

8) asistența medicală specializată de ambulator programată se acordă în instituțiile raionale și municipale, conform principiului teritorial, în baza biletului de trimitere-extras (F-027/e) emis de medicul de familie (sau inscripției medicului de familie în fișa medicală de ambulator, dacă consultația este solicitată la medicul specialist de profil din aceeași instituție medicală sau teritoriu) în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însă lipsesc stările menționate la subpunctul 2) al prezentului punct;

9) asistența medicală specializată de ambulator programată în instituțiile de nivel terțiar se acordă în baza biletului de trimitere-extras (F-027/e), eliberat și completat în modul stabilit de medicul specialist din teritoriu, conform principiilor stabilite în secțiunea Asistența medicală specializată de ambulator;

10) în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic, lipsei în teritoriu pentru anumite domenii a medicilor specialiști de profil, trimiterea pentru consultații în instituțiile de nivel terțiar se efectuează de către medicul de familie, în baza biletului de trimitere-extras (F-027/e), eliberat și completat în modul stabilit;

11) asistența medicală spitalicească programată:

1) în instituțiile medicale raionale și municipale, se acordă conform principiului teritorial/zonal (pentru zonele, stabilite conform actelor normative în vigoare) în baza biletului de trimitere-extras (F-027/e) emis de medicul de familie în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însă lipsesc stările menționate la subpunctul 2) al prezentului punct;

2) în instituțiile medicale republicane, se acordă în baza biletului de trimitere-extras (F - 027/e) emis de medicul specialist în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însă lipsesc stările menționate la subpunctul 2) al prezentului punct, iar în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic, în situațiile care au la bază criteriile stabilite în Programul unic, trimiterea pentru internare se efectuează de către medicul de familie, cu respectarea cerințelor stabilite în secțiunea asistența medicală spitalicească, după coordonarea cu instituțiile respective (Institutul Oncologic, Institutul Mamei și Copilului, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății etc.);

3) în instituțiile medicale departamentale și private contractate pentru prestarea serviciilor medicale, se acordă în baza biletului de trimitere-extras (F- 027/e) emis de medicul de familie/specialist de profil în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însă lipsesc stările menționate la subpunctul 2) al prezentului punct;

4) asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească li se va acorda femeilor gravide în conformitate cu actele normative ale MS și prezentele Norme metodologice.

8. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile expuse la punctul 7, subpunctele 6) și 7), sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

9. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile nerespectării prevederilor punctului 7, subpunctele 9); 10) și 11), sunt achitate de pacient în casa instituției medico-sanitare, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în fișa medicală și în formularul trimiterii la casă.

10. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor neasigurate în cadrul asistenței

medicale specializate de ambulator și spitalicească sunt achitate de către pacient în casa instituției medico-sanitare în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private, cu excepția serviciilor medicale pentru maladiile social-condiționate și stările de urgență, cu impact major asupra sănătății publice, conform următoarei liste:

- a) tuberculoza;
- b) psihozele și alte tulburări mentale și de comportament;
- c) alcoolismul și narcomania;
- d) afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate;
- e) HIV/SIDA și sifilisul;

f) hepatita virală acută A, botulismul, meningitele și meningoencefalitele virale, bacteriene și parazitare, gripa pandemică, varicela, rujeola, leptospiroza, malaria, febra tifoidă și paratifoidă, tifosul exantematic, holera, tetanosul, antraxul, bruceloza, febrele hemoragice, febra Q, parotidita epidemică, rabia, trihineloză, pesta, iersinioza, tularemia, difteria, poliomielita, rubeola, infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19).

Persoanele neasigurate cu maladii conform listei menționate vor beneficia de investigații, consultații și tratament gratuit în staționar, inclusiv supraveghere postterapeutică la medicii specialiști de profil conform competenței și medicii de familie.

11. Cheltuielile pentru serviciile medicale prestate în cadrul asistenței medicale primare persoanelor neînregistrate pe lista medicului de familie din instituția respectivă, cu excepția situațiilor de urgență, sunt achitate de pacient în casa instituției medico-sanitare, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale primare gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală medicală sau, în cazul refuzului pacientului de a consemna acordul dat, constatarea procedurii de informare prin semnatura suplimentară a altui medic (șefului subdiviziunii).

Asistența medicală urgentă prespitalicească

12. Prestatorii de asistență medicală urgentă prespitalicească încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *prestatori de AMUP*) asigură acordarea asistenței medicale de urgență populației (maturi și copii), indiferent de statutul persoanei în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (asigurat/neasigurat), pe întreg teritoriul deservit în regim nonstop.

13. Asistența medicală urgentă prespitalicească se solicită la numărul unic 112 și se asigură în regim continuu, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și până la predarea pacientului prestatorului de asistență medicală spitalicească. La necesitate, până la sosirea echipei de AMUP, asistența respectivă se acordă de orice prestator de asistență medicală aflată în apropierea locului accidentului sau îmbolnăvirii.

14. Prestatorii de AMUP asigură operativitatea reacționării și deservirii urgențelor medico-chirurgicale, ținând cont de gradul urgenței și principiile de prioritizare stabilite de actele normative.

15. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale, deservite de prestatorii de AMUP, care necesită consultație sau tratament la etapa spitalicească, li se asigură transport medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii până la predarea acestora prestatorului de asistență medicală spitalicească.

16. În cazul urgențelor medico-chirurgicale, care pun în pericol viața pacientului, prestatorul de AMUP asigură transportarea medicală asistată de la locul accidentului, domiciliu etc. direct la prestatorul de asistență medicală spitalicească conform complexității cazului și prevederilor actelor normative.

17. Transferarea urgențelor obstetricale, neonatale și pediatrie, referite de la nivelul I la nivelul II și de la nivelul I sau II la nivelul III, conform sistemului de referire, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, se efectuează de către echipele prestatorilor de AMUP.

18. Transportarea medicală asistată a bolnavilor cu urgențe psihiatrice și narcologice, pentru tratament spitalicesc în spitalele raionale sau spitalele de profil de nivel republican se efectuează prin intermediul echipelor de AMUP, după coordonarea internării cu spitalele respective de către specialiștii în domeniu din cadrul prestatorilor de servicii medicale teritoriale (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală/Spitalul raional), în conformitate cu prevederile Ordinului Ministerului Sănătății nr.781 din 05.10.2015 cu privire la organizarea asistenței medicale psihiatrice de urgență la nivel de raion.

19. Transportarea medicală asistată pentru pacienții critici se va efectua prin intermediul Serviciului republican „AVIASAN”, la solicitarea prestatorilor de asistență medicală spitalicească, care până la sosirea echipei respective asigură supravegherea pacientului, efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, tratamentul intensiv necesar, în conformitate cu actele normative în vigoare. În caz de necesitate, transportarea asistată poate fi efectuată de echipa specializată de terapie intensivă mobilă (TIM) a prestatorilor de AMUP.

20. Alte servicii, decât cele prevăzute în Programul unic (transportarea pacienților pentru consultații și investigații programate în cadrul altor prestatori de servicii medicale, transportarea personalului de urgență de la/la domiciliu, deservirea manifestațiilor (competiții, mitinguri etc.), cu excepția celor solicitate de autoritățile publice etc.), sunt prestate de către prestatorii de AMUP, dar fără a periclita activitatea de bază, în temeiul contractelor de prestări servicii, încheiate bilateral între instituții sau contra plată, efectuată conform cheltuielilor real suportate.

[Compartiment în redacția OMS1254/364 din 31.12.21, MO40-44/11.02.22 art.158; în vigoare 01.01.22]

Asistența medicală primară

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

22. Pentru a beneficia de asistență medicală primară, toată populația indiferent de statutul persoanei asigurate sau neasigurate, se înregistrează pe lista medicului de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, care dispune de teritoriu sau localitate/localități de deservire, prevăzute în Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice, 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 în vigoare.

23. Instituția medicală, indiferent de forma juridică de organizare, oferă, în mod prioritar, posibilitate persoanei (familiei) de a alege medicul de familie în cadrul instituției care deservește teritoriul unde își are locul de trai persoana respectivă.

24. Instituția medicală urmărește ca toate persoanele, atât asigurate cât și neasigurate, care nu sunt înregistrate la nici un medic de familie și își au domiciliul în raza de deservire a instituției medicale, să fie înregistrate la un medic de familie din instituția respectivă, organizând în acest scop înregistrarea populației din teritoriul atribuit, în modul stabilit de actele normative în vigoare.

25. Asistența medicală primară, în cazul înregistrării primare a persoanelor la medicul de familie sau schimbării medicului de familie în legătură cu schimbarea locului de trai, se acordă începând cu data acceptării cererii de înregistrare la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare. Iar în cazul schimbării medicului de familie pe parcursul lunilor septembrie-octombrie, asistența medicală primară se acordă conform cererii noi din 1 ianuarie a anului următor de gestiune, după înregistrarea în SIA „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”.

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

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

28. Pentru eficientizarea acordării asistenței medicale primare, vizitele la medicul de familie se programează telefonic, prin internet sau la prezentarea directă a pacientului sau rudelor acestuia.

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

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

1) asigurarea instituției cu cadre medicale;

2) procurarea echipamentului medical necesar, inclusiv pentru serviciile de reabilitare și medicină fizică;

3) asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;

4) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare;

5) organizarea măsurilor de promovare a sănătății, identificarea grupurilor de risc, determinarea riscului pentru maladiile cardiovasculare, cancer, tuberculoză etc. și depistarea precoce a maladiilor;

6) realizarea serviciilor medicale profilactice, serviciilor medicale curative, serviciilor medicale de urgență și activităților de support în volumul stabilit de Programul unic;

7) organizarea prescrierii medicamentelor compensate și dispozitivelor medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu actele normative în vigoare;

8) prestarea serviciilor de promovare a donării voluntare și neremunerate de sânge sau de componente sangvine în rîndul populației din teritoriul deservit și înrolarea donatorilor în activitatea de voluntariat;

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

10) supravegherea și monitorizarea de către medicul de familie a evoluției sarcinii femeilor gravide, conform standardelor de supraveghere a gravidelor;

11) organizarea accesului populației din localitățile rurale fără medic de familie la asistența medicală primară;

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

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

14) organizarea soluționării maxime a problemelor de sănătate la nivelul asistenței medicale primare;

15) organizarea trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare în instituția medico-sanitară teritorială/zonală de tip spitalicesc, numai în cazurile cînd situația depășește competențele medicului de familie;

16) integrarea serviciilor de sănătate mintală comunitară în asistența medicală primară;

17) dezvoltarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală și prestarea serviciilor de sănătate mintală integrat la nivel de comunitate, inclusiv activitatea în comisii și eliberarea certificatelor, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare;

18) integrarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în asistența medicală primară;

19) dezvoltarea Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, în conformitate cu actele normative în vigoare;

20) examinarea grupurilor de risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională), pentru categoriile de persoane aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății, depistarea precoce și luarea în evidență a bolnavilor cu TBC, supravegherea și aplicarea strict observată a tratamentului în condiții de ambulator în conlucrare cu Centrele Comunitare pentru Suportul Tratamentului Pacienților cu Tuberculoză din teritoriu;

21) programarea și efectuarea vaccinării populației în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare;

22) asigurarea respectării regimului sanitaro-igienic conform cerințelor regulamentelor sanitare în vigoare;

23) examinarea clinico-serologică a grupelor de populație cu risc sporit de infectare cu infecția HIV și sifilis (RMP) și trimiterea persoanelor depistate cu semne clinice suspecte pentru aceste infecții sau cu testele serologice pozitive la consultația specialiștilor infecționiști sau dermatovenerolog, după caz;

24) organizarea depistării precoce a bolnavilor cu maladii contagioase inclusiv de profil dermatologic, consultării lor la specialistul de profil și lucru antiepidemic în focar, conform actelor normative în vigoare;

25) implementarea sistemului informațional.

31. Examenele medicale profilactice prevăzute de actele normative în vigoare la persoanele din grupurile-țintă se realizează de către medicul de familie și echipa sa, la adresare directă, conform programării preventive.

32. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare în cadrul examenelor medicale profilactice anuale și programelor de screening se efectuează conform prevederilor actelor normative în vigoare tuturor persoanelor înregistrate pe lista medicului de familie, indiferent de statutul persoanei asigurat/neasigurat. Datele despre realizarea investigațiilor se consemnează în documentația de evidență medicală primară de către medicul de familie și echipa sa.

33. Activitățile de depistare precoce a patologiei colului uterin (prelevarea probei citologice, referirea la investigație prin colposcopie și consultație de către medicul oncolog-ginecolog, după caz); glandei mamare (palparea glandei mamare și instruire în autoexaminare, referirea la investigație prin mamografie/USG/consultația medicului mamolog); rectului și colonului (referirea la rectoromano-scopie, colonoscopie), inclusiv alte examene de screening pentru depistarea precoce a patologiilor se efectuează în modul prevăzut de actele normative în vigoare.

34. Instituțiile medico-sanitare primare asigură procurarea dispozitivelor medicale, contraceptivelor, inclusiv de urgență, pentru populația-țintă din raion: adolescenții sexual-activi, în mod special cei în stare de vulnerabilitate și de risc, tinerii din grupurile vulnerabile și de risc, precum și femeile de vârstă fertilă din grupurile vulnerabile și de risc; testelor rapide HIV și seturilor standard de medicamente pentru tratamentul infecțiilor urogenitale, cu excepția sifilisului și infecției gonococice, pentru persoanele din grupurile vulnerabile și grupurile de risc medical și social.

35. Instituțiile medico-sanitare primare organizează prestarea serviciilor de consiliere/sfaturi pentru renunțarea la fumat, promovarea donării voluntare și neremunerate de sânge sau de componente sangvine în rîndul populației din teritoriul deservit și înrolarea donatorilor în activitatea de voluntariat; consilierea pre- și post-test în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV și hepatite virale B, C a solicitanților, inclusiv a gravidelor în prima și a doua jumătate de sarcină, în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății; prestarea serviciilor de depistare precoce a patologiilor în cadrul screeningurilor organizate în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

36. Cheltuielile pentru investigațiile prevăzute de actele normative în vigoare la prestarea

serviciilor medicale profilactice, inclusiv: examenele medicale anuale, examinarea grupurilor de risc, examenele medicale în comisie a elevilor instituțiilor preșcolare și de învățământ, examenele medicale ale abiturienților pentru admitere, examenele medicale profilactice pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare), se asigură de către instituția medicală primară. În aceste cazuri, la necesitate, instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

37. Examenle medicale profilactice periodice (cu excepția investigațiilor bacteriologice și la helminți) pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare), se asigură de către instituția medico-sanitară primară, unde este înregistrată persoana la medicul de familie. Investigațiile necesare bacteriologice și la helminți se efectuează în cadrul Centrelor de Sănătate Publică, cu achitarea serviciilor respective în casa instituției conform tarifelor stabilite, sau de către angajator prin încheierea contractelor de prestare servicii.

38. Examenle medicale obligatorii la angajare în muncă se achită de către persoană în casa instituției conform tarifelor stabilite pentru fiecare din consultațiile sau investigațiile efectuate, cu excepția consultației medicului de familie și a investigațiilor incluse în examenele medicale anuale obligatorii ale populației, care se efectuează din sursele asistenței medicale primare.

39. Examenle medicale obligatorii periodice pentru lucrătorii care sunt supuși factorilor nocivi și nefavorabili, precum și pentru salariații din contingentul periclitant, cu excepția categoriilor stabilite în pct. 37, se efectuează contra plată, achitată în modul stabilit de către angajator conform contractului de prestare servicii.

40. Tratamentul medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, se efectuează la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, cu asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare, cu prescrierea pentru eliberare din farmaciile contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, conform prevederilor ordinului comun aprobat de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

41. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare în cadrul serviciilor curative prestate, inclusiv pentru situații de urgență, stabilite în compartimentele I din anexa nr. 4 la Programul unic și prezentele Norme metodologice se asigură de către instituția medicală primară la solicitarea (prescrierea) medicului de familie pentru toate persoanele, indiferent dacă acestea au sau nu au statut de persoană asigurată, în laboratorul instituției medicale primare sau laboratorul din instituția medico-sanitară contractată, conform competenței.

42. Trimiterea, în cazurile prevăzute la pct.41, se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin semnătura și parafa medicului de familie.

43. Instituția medicală primară procură teste-expris, asigurând accesul și oportunitatea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare la nivelul medicinei primare. Instituția medicală primară oferă gratuit teste-expris pentru determinarea glicemiei în condiții de domiciliu și seringi/ace pentru administrarea insulinei pacienților aflați la evidență cu diabet zaharat, în limita surselor financiare planificate în acest scop.

44. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor de diagnostic și tratament prevăzute pentru asistența medicală primară în compartimentele I și III din anexa nr.4 la Programul unic și în prezentele Norme metodologice, efectuarea acestora se va realiza în cadrul altor instituții medicale,

în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral.

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

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

47. Conducătorul instituției medico-sanitare primare asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății.

48. În cazurile când starea pacientului sau stabilirea/precizarea diagnosticului și aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei depășește competența sa, medicul de familie organizează trimiterea pacientului respectiv la consultație la medicul specialist de profil. În aceste cazuri, consultația persoanei asigurate se efectuează de către medicul specialist de profil, conform programării preventive, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate asistenței medicale specializate de ambulator.

49. La trimiterea pentru consultație programată, medicul de familie organizează, în conformitate cu actele normative în vigoare, efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în corespundere cu prevederile protocoalelor clinice la nivel de asistență medicală primară, din sursele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate asistenței medicale primare.

Trimiterea pentru consultație la medicul specialist de profil se efectuează în baza înscrierii în documentația medicală primară (F - 025 e; 112 e; 113 e etc.) sau în baza biletului de trimitere-extras (F - 027 e), în cazurile când medicul specialist de profil este din altă instituție sau teritoriu.

Biletul de trimitere-extras se completează conform cerințelor formularului, cu indicarea diagnosticului, rezultatelor investigațiilor de laborator și instrumentale efectuate, inclusiv în dinamică, tratamentul efectuat în condiții de ambulator, scopul trimiterii și se autentifică doar prin aplicarea antetului instituției medico-sanitare, semnăturii și parafei medicului de familie.

Pe biletul de trimitere-extras se indică „Se trimite pentru consultație programată...”, sau „Se trimite pentru consultație urgentă...”.

50. La prezentarea directă la medicul specialist de profil în cazurile prevăzute de anexa nr.2 la Programul unic, medicul specialist de profil efectuează înscrieri în documentația medicală primară (formulare: 025/e; 111/e; 112/e etc.) sau completează extras (formular 027/e) în cazul când pacientul este din alt teritoriu.

51. După efectuarea consultației respective, medicul de familie asigură supravegherea tratamentului realizat în conformitate cu recomandările medicului specialist de profil, monitorizează evoluția maladiei în dinamică și organizează asistența medicală necesară în condiții de ambulator în corespundere cu prevederile protocoalelor clinice naționale.

52. Trimiterea pacientului pentru internare programată în spital se efectuează în cazurile când sînt epuizate toate posibilitățile de acordare a asistenței medicale în condiții de ambulator sau starea sănătății pacientului necesită a fi supravegheată în condiții de spital, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

53. Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești raionale/municipale se efectuează în baza listelor de așteptare din cadrul instituțiilor medico-sanitare primare/spitalicești, prin coordonare cu conducătorul sau persoanele responsabile din instituțiile abilitate, după caz prin telefon, înregistrând data respectivă în documentația medicală primară. Instituțiile medico-sanitare spitalicești teritoriale prezintă săptămînal persoanelor responsabile din instituțiile medicale primare listele locurilor vacante pentru internare.

54. Trimiterea pentru internare se efectuează în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic pentru tipurile de îngrijiri medicale stabilite în Programul unic și punctul 98 al prezentelor Norme, acordate de către instituțiile medico-sanitare spitalicești, contractate pentru serviciile medicale respective de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform actelor normative în vigoare.

55. Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare teritoriale la trimiterea medicului de familie, instituția medicală primară asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale necesare în corespundere cu prevederile protocoalelor clinice la nivel de asistență medicală primară, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate asistenței medicale primare.

Internarea programată se efectuează în temeiul biletului de trimitere-extras (formular 027/e), completat conform cerințelor formularului, cu indicarea diagnosticului, rezultatelor investigațiilor de laborator și instrumentale efectuate, inclusiv în dinamică, după caz, tratamentul efectuat în condiții de ambulator, scopul trimiterii și autentificat doar prin aplicarea antetului instituției medico-sanitare, semnăturii și parafei medicului de familie.

Pe biletul de trimitere-extras se indică „Se trimite pentru internare programată în secția..., sau „Se trimite pentru internare urgentă în secția...”.

56. La externarea din spital, medicul de familie organizează supravegherea, inclusiv la domiciliu, a persoanelor cu maladii cronice prin realizarea măsurilor de promovare a modului sănătos de viață, excluderea comportamentelor ce favorizează acutizarea maladiilor cronice, prescrierea tratamentului medicamentos de susținere și controlul administrării acestuia, evaluarea stării de sănătate cu efectuarea în dinamică a investigațiilor de laborator și instrumentale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare pentru asistența medicală primară, inclusiv protocoalele clinice, evitînd consultațiile și internările nejustificate.

57. Medicul de familie și echipa sa asigură prestarea serviciilor de bază prietenoase tinerilor și serviciilor comunitare de sănătate mintală, în corespundere cu actele normative în vigoare. Specialiștii din Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor și Centrele Comunitare de Sănătate Mintală asigură prestarea serviciilor prietenoase tinerilor și serviciilor comunitare de sănătate mintală pentru tot teritoriul deservit, asigurînd accesul persoanelor deservite inclusiv la investigațiile necesare, conform indicațiilor medicale, în volumul stabilit de Programul unic pentru asistența medicală primară. Consultațiile medicilor psihiatri din cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală, realizate în cadrul activității în Comisiile de examinare medicală a conducătorilor de vehicul, pentru port-armă se efectuează contra plată, cu achitare în casa instituției medicale primare.

58. În cazul depistării/suspectării unei maladii, care prezintă pericol endemo-epidemic, medicul de familie va întreprinde măsuri de izolare și raportare și va organiza măsuri pentru prevenirea sau restrîngerea epidemiei/endemiei, organizînd consultul medicului specialist de profil, inclusiv la domiciliu, care va organiza asistența medicală ulterioară conform indicațiilor medicale și sanitaro-epidemiologice. În aceste cazuri, medicul de familie asigură, de comun cu specialiștii de

profil și din sănătatea publică, examinarea și supravegherea contactilor din focar, organizarea măsurilor de rigoare în vederea excluderii răspîndirii maladiilor în cauză, în modul stabilit de actele normative în vigoare.

59. Medicul de familie coordonează, organizează și prestează, după caz, acordarea îngrijirilor medicale comunitare, inclusiv la domiciliu în conformitate cu actele normative în vigoare, conlucrînd cu administrația publică locală și prestatorii, după caz, în vederea asigurării prestării serviciilor de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu în funcție de necesitățile beneficiarului, asigurînd, la contractarea acestor servicii, supravegherea îngrijirilor prestate pe toată perioada necesară, conform indicațiilor medicale.

Asistența medicală specializată de ambulator

60. Asistența medicală specializată de ambulator, în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic, se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil împreună cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical, inclusiv persoanelor neasigurate în cazul maladiilor prevăzute în Lista maladiilor social-condiți-onate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar, din punctul 10 la prezentele Norme metodologice.

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

- 1) asigurarea cu cadre medicale;
- 2) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabile necesare, dispozitive medicale;
- 3) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare;
- 4) planificarea corectă a timpului de muncă, ținînd cont de specificul specialității în vederea asigurării accesului populației la serviciile respective;
- 5) programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar;
- 6) organizarea procesului de programare la medicul specialist de profil conform înscrierii efectuate telefonic sau nemijlocit de către pacient la acesta sau persoana numită responsabilă, în baza biletului de trimitere-extras al medicului de familie;
- 7) asigurarea evidenței și supravegherii medicale a pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;
- 8) organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examinarea copiilor, inclusiv a elevilor, gravidelor și persoanelor ce nu se pot deplasa fără ajutor etc.;
- 9) acordarea suportului consultativ-metodic instituțiilor de asistență medicală primară în

conduita maladiilor cu impact major asupra sănătății publice;

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

11) realizarea activităților necesare în focarele de boli infecțioase;

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

13) organizarea, la necesitate, a prescrierii de către medicii specialiști de profil (psihiatru, neurologi și endocrinologi) a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu actele normative în vigoare, în limita surselor financiare planificate în acest scop, monitorizând permanent situația la capitolul dat și cu realizarea măsurilor de intervenție oportune;

14) conlucrarea cu Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, în conformitate cu actele normative în vigoare;

15) conlucrarea cu Centrele Comunitare pentru suportul Tratamentului Pacienților cu Tuberculoză în condiții de ambulator, în conformitate cu actele normative în vigoare;

16) conlucrarea cu Centrele de Sănătate prietenoase Tinerilor, în conformitate cu actele normative în vigoare;

17) prestarea serviciilor de promovare a donării voluntare și neremunerate de sânge sau de componente sangvine în rândul populației din teritoriul deservit și înrolarea donatorilor în activitatea de voluntariat;

18) consilierea pre- și post- test (fără costul testului) în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV, sifilis și infecția gonococică și hepatite virale B, C a solicitanților, inclusiv a gravidelor în prima și a doua jumătate de sarcină, în conformitate cu actele normative în vigoare, asigurând funcționalitatea cabinetelor de consiliere și testare și testare voluntară la HIV, și hepatite virale B, C;

19) prestarea serviciilor de depistare precoce a patologiilor în cadrul screeningurilor organizate în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină;

20) asigurarea supravegherii medicale și a tratamentului antiretroviral în condiții de ambulator în cadrul cabinetelor teritoriale pentru tratamentul antiretroviral în condiții de ambulatoriu a persoanelor cu infecția HIV și bolnavilor cu SIDA, conform prevederilor actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății;

21) prestarea serviciilor de intervenție timpurie copiilor (de la naștere pînă la vârsta de 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiilor acestora în conformitate cu actele normative aprobate de Guvern;

22) realizarea de către Institutul Oncologic a tratamentului medical oncologic (chimioterapie) în condiții de ambulator (îngrijiri de zi), cu asigurarea medicamentelor și dispozitivelor medicale de

unică utilizare de către instituția medicală spitalicească;

23) asigurarea de către Institutul Oncologic, la indicații, cu exoproteze mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori maligne, precum și cu proteze individuale și consumabilele necesare pentru reabilitarea protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului și gâtului.

62. Consultația primară a medicului specialist de profil din teritoriu se acordă persoanelor asigurate în baza biletului de trimitere-extras eliberat de către:

1) medicul de familie;

2) medicul specialist de profil, pentru care persoana asigurată a avut biletul de trimitere-extras inițial eliberat de medicul de familie;

3) medicul specialist de profil, pentru cazurile când persoana asigurată s-a adresat direct la medicul specialist de profil cu una din maladiile stipulate în anexa nr.2 la Programul unic și acesta constată necesitatea consultațiilor altor specialiști de profil.

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

64. Consultația medicului specialist de profil din cadrul instituțiilor medicale de nivel terțiar se acordă în baza extrasului-trimiterii (F-027/e), eliberat și completat de medicul specialist din teritoriu în modul stabilit.

65. Consultația repetată a medicului specialist de profil din teritoriu pentru monitorizarea în dinamică și corijarea tratamentului conform evoluției bolii pentru afecțiunile stabilite în Anexa nr.2 la Programul unic se acordă la adresarea directă, fără un nou bilet de trimitere-extras, conform programării în modul stabilit, cu respectarea următoarelor condiții:

1) bolnavul necesită a fi monitorizat de medicul specialist de profil;

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

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

Pentru supravegherea evoluției sarcinii în condiții de ambulator se va asigura dreptul femeii gravide de a alege medicul obstetrician-ginecolog din cadrul secției consultative a spitalului raional, aceleiași asociații medicale teritoriale (pentru gravidele din Chișinău), indiferent de locul de trai și înregistrare în instituția medicală primară.

67. În cazul când persoana trimisă la consultație necesită pentru diagnosticul respectiv alte

investigații decît cele efectuate de către medicul de familie, acestea se efectuează în baza biletului de trimitere-extras al medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator.

68. Medicul specialist de profil efectuează trimiterea și realizarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare care nu sînt efectuate în cadrul asistenței medicale primare și sînt necesare pentru aprecierea tacticii de diagnostic și tratament, în cazurile de urgență, inclusiv în cazurile programate, din contul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate asistenței medicale specializate de ambulator, în conformitate cu actele normative în vigoare.

69. Trimiterea la investigații se efectuează în baza biletului de trimitere-extras, completat în modul stabilit de prezentele Norme metodologice cu aplicarea semnăturii și parafei medicului. Pentru efectuarea investigațiilor respective este interzisă solicitarea semnăturilor suplimentare sau a parafelor nereglementate. Trimiterea pentru investigații la HIV se efectuează în baza formularului F-020/e, perfectat de către medicul de familie sau medicul specialist de profil.

70. Investigațiile paraclinice și de diagnosticare, necesare în cadrul organizării examenelor medicale în Comisii: examinarea medicală a candidaților și conducătorilor de vehicul; pentru port armă se efectuează contra plată, achitată în modul stabilit nemijlocit de persoană. Examinarea medicală periodică a angajaților în condiții nocive de muncă se efectuează contra plată, achitată în modul stabilit de către angajator conform contractului de prestare servicii.

71. Examinările de depistare precoce a patologiei colului uterin, glandei mamare și a colorectului confirmare/excludere a diagnosticului (examen clinic, frotiu pentru examinare citologică, colposcopia, colonoscopia) se efectuează de medicul ginecolog/mamolog/endoscopist din secția consultativă la trimiterea medicului de familie, conform actelor normative în vigoare.

Trimiterea programată pentru investigație colonoscopică a persoanelor cu risc sporit de dezvoltare a cancerului colorectal în cadrul Centrului colonoscopic al Institutului Oncologic, se efectuează în baza biletului de trimitere-extras (formular 027/e) întocmit conform prevederilor punctului 49 din prezentele Norme.

72. Examinarea medicală, investigațiile paraclinice și de diagnosticare a premilitarilor, recruților și rezerviștilor se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, în baza trimiterii medicului specialist de profil, din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și surselor financiare ale administrației publice locale pentru persoanele neasigurate.

73. Medicii specialiști de profil oferă consultații medicale în cadrul comisiilor de expertiză narcologică cu scop de diagnostic, tratament și recomandări privind supravegherea medicală în dinamică, conform actelor normative în vigoare. Consultația medicală, consilierea psihologică și psihoterapie, inclusiv asigurarea, la indicații medicale, a tratamentului de substituție cu clorură de metadonă pentru utilizatorii de droguri injectabile, se acordă în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală, și cabinetelor pentru tratamentul de substituție cu clorură de metadonă.

74. În cazul cînd instituția medico-sanitară de nivel teritorial nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea asistenței medicale specializate de ambulator, prevăzută de Programul unic, aceasta este obligată să realizeze consultațiile și investigațiile de laborator și instrumentale în cadrul altei instituții medico-sanitare atît de nivel teritorial, cît și terțiar, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral. Costurile la serviciile medicale prestate sunt negociabile și nu pot depăși mărimea stabilită în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-

sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private.

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

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

77. La prezentarea directă a persoanei asigurate la medicul specialist de profil, cu excepția cazurilor prevăzute în punctul 76, cheltuielile pentru serviciile medicale prestate sunt achitate de pacient, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală primară.

78. Consultația persoanei neasigurate de către medicul specialist de profil se efectuează contra plată (cu excepția cazurilor stabilite la punctul 10), conform tarifului stabilit în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private, în casa instituției medico-sanitare cu eliberarea bonului de plată.

79. Consultația de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară respectivă, aflată în același teritoriu (raion, municipiu), se acordă în baza documentației medicale primare (formulare: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e etc.

80. Vizitele efectuate la medicul specialist de profil pe parcursul unui episod de boală se efectuează în baza biletului de trimitere-extras (formular 027/e), eliberat primar de medicul de familie, gratuit din contul mijloacelor asigurării obligatorii de asistență medicală.

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

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

83. Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar/zonal, se asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice din contul asistenței medicale specializate de ambulator.

84. Biletul de trimitere-extras se completează conform cerințelor stabilite în punctul 55, cu

mențiunea „Se trimite pentru internare programată în secția...,” sau „Se trimite pentru consultație/investigație de înaltă performanță în...”.

85. În cazul trimiterii persoanei asigurate la servicii de înaltă performanță în propria instituție, trimiterea se asigură în baza înscrierii în documentația medicală primară (formulare 025/e; 111/e; 112/e etc.) și biletului de trimitere-extras (F- 027 e).

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

87. Specialistul de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar consultă pacientul în baza biletului de trimitere-extras a medicului specialist de profil din instituția medico-sanitară teritorială (raională, municipală), sau a medicului de familie din raionul unde lipsește medicul specialist respectiv, sau la adresare directă în condițiile punctului 62, 3) și în caz de necesitate, eliberează bilet de trimitere-extras pentru internare în instituția medicală conform diagnosticului stabilit.

88. La constatarea necesității efectuării consultațiilor altor specialiști de profil și/sau investigațiilor de înaltă performanță, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare de nivel terțiar pentru cazul respectiv de boală, specialistul de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar asigură necondiționat consultația și/sau investigația necesară în baza înscrierii respective în documentația medicală primară sau biletului de trimitere-extras (formular 027/e), organizând la necesitate programarea pentru consultația și/sau investigația necesară.

89. În cazul când, pacientul fiind trimis din teritoriu la consultația medicului specialist de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar, se constată necesitatea spitalizării în instituție de nivel terțiar, acesta asigură spitalizarea sau, după caz, programarea internării, în baza înscrierii respective în documentația medicală primară sau biletului de trimitere-extras (formular 027/e).

90. Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și a manoperelor medicale specifice, inclusiv a serviciilor medicale de înaltă performanță, are loc în baza biletului de trimitere, emis de către medicul specialist de profil, conform indicațiilor medicale.

91. Instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/terțiare și informează instituția medico-sanitară teritorială despre rezultatele examinărilor efectuate, completând extrasul (formular 027/e) cu indicarea detaliată a tuturor datelor despre rezultatele consultațiilor și investigațiilor efectuate, despre diagnosticul stabilit și recomandările de tratament în continuare.

92. Organizarea consultului persoanelor asigurate de către colaboratorii catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, care activează în cadrul secțiilor consultative/policlinicilor instituțiilor medico-sanitare, se realizează în conformitate cu mecanismul expus la capitolul dat, iar concluziile, recomandările sau alte „scrisori medicale” pentru pacient/pentru medicul de familie/alt specialist se eliberează pe formular 027/e (Trimitere-extras) autentificat prin semnătura, parafa personală și de antet ai instituției medicale.

93. Serviciile de reabilitare persoanelor slab văzătoare și copiilor cu dizabilități neurolocomotorii sunt prestate la trimiterea medicului de familie, medicului oftalmolog, neurolog și ortoped-traumatolog, inclusiv la prezentare directă.

94. Se interzice solicitarea și/sau aplicarea pe biletul de trimitere la consultații, investigații,

internare programată în cadrul instituțiilor medico-sanitare a altor semnături și parafe decât cele indicate pe formular, respectiv: parafa cu antetul instituției medico-sanitare, semnătura și parafa personală a medicului și a instituției/subdiviziunii.

95. Consultațiile, investigațiile de laborator și instrumentale, inclusiv trimerile, se înregistrează în documentația de evidență statistică medicală.

Asistența medicală stomatologică

96. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice, Întreprinderile Municipale Centre Stomatologice Raionale, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Pentru realizarea volumului de asistență medicală stomatologică, conducătorul instituției respective asigură condițiile necesare prin:

1) asigurarea cu cadre medicale;

2) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;

3) organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale a copiilor din grădinițe, instituțiile de învățământ secundar general și profesional;

4) asigurarea asistenței medicale stomatologice de urgență și consultațiilor profilactice tuturor persoanelor asigurate cu examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena și profilaxia bolilor cavității bucale;

5) asigurarea în volum deplin a asistenței medicale stomatologice copiilor cu vârsta de pînă la 12 ani, cu excepția protezării și restaurării dentare, în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății;

6) organizarea consultațiilor profilactice a copiilor în vîrstă de pînă la 18 ani și gravidelor, care include: examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena cavității bucale; periajul dentar; detartrajul dentar; aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.); extracții dentare; sigilarea fisurilor; obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei;

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

8) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

Asistența medicală spitalicească

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

98. Asistența medicală spitalicească este prestată pe tipuri de îngrijiri medicale, conform actelor normative în vigoare:

1) îngrijiri acute - servicii prestate pacienților care au fost internați pentru a efectua una sau mai multe dintre următoarele:

a) naștere;

b) tratamentul bolii sau asigurarea tratamentului definitiv al traumatismului;

c) efectuarea intervenției chirurgicale;

d) reducerea simptomelor bolii sau traumatismului (cu excepția asistenței paliative);

e) reducerea severității bolii sau traumatismului;

f) efectuarea diagnosticului sau procedurilor terapeutice, care nu pot fi efectuate în condiții de ambulator;

2) îngrijiri cronice - servicii prestate pacienților care au fost internați pentru a li se efectua unul dintre următoarele tipuri de asistență medicală:

a) reabilitare - asistența medicală acordată pacientului când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este îmbunătățirea funcționalității unui pacient cu deteriorare, limitarea activității sau restricții de participare din cauza condițiilor de sănătate;

b) asistență paliativă - asistența medicală acordată pacientului când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este optimizarea calității vieții pacientului cu o patologie activă și avansată care limitează viața acestuia;

c) asistență geriatrică - asistența medicală acordată pacientului când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este îmbunătățirea funcționalității pacientului în etate cu necesități multidimensionale asociate cu condiții medicale.

99. Conducătorul instituției medico-sanitare spitalicești asigură acordarea asistenței respective în volumul stabilit de Programul unic prin:

1) asigurarea cu cadre medicale și echipamentul respectiv;

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

3) condiții necesare pentru supravegherea pacienților în secția de internare/unitatea de primire urgentă;

4) asigurarea asistenței medicale conform standardelor medicale și protocoalelor clinice naționale și instituționale;

5) asigurarea alimentației, conform normativelor alimentare aprobate pentru afecțiunea respectivă;

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

7) organizarea efectuării în volum deplin a manoperelor medicale specifice, investigațiilor instrumentale și de laborator, consultațiilor specialiștilor, conform indicațiilor medicale prescrise de medicul curant, medicii consultanți și/sau Consiliul Medical pentru maladia de bază, precum și pentru maladiile concomitente stabilite și care influențează rezolvarea cazului;

8) asigurarea cu echipament și consumabile necesare pentru dezinfecție, sterilizare și curățenie, inclusiv cu produse biodistructive și recipiente pentru segregarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, în vederea respectării precauțiilor standard și specifice în controlul infecțiilor nosocomiale și asigurării activității instituției în regim sanitar-epidemiologic corespunzător standardelor în vigoare.

100. Trimiterea pentru internare în instituțiile medico-sanitare de toate nivelurile a persoanelor ce necesită asistență spitalicească se efectuează în funcție de starea sănătății pacientului și/sau influența maladiei asupra sănătății publice a populației, inclusiv în funcție de capacitățile instituției medico-sanitare, nivelul de competențe și dotare, reieșind din principiile de competitivitate bazate pe etapizarea, calitatea și complexitatea serviciilor medicale prestate, în conformitate cu actele normative aprobate.

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

102. Internarea de urgență în spital se efectuează necondiționat, indiferent de statutul persoanei asigurat/neasigurat și prezența/absența poliței de asigurare:

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

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

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

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

103. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (iminență de avort, iminență de naștere sau naștere, sarcina extrauterină, avort spontan) se efectuează necondiționat (indiferent de statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat)).

104. Dacă femeia gravidă nu are statut de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în cazul iminenței de avort sau iminenței de naștere cu păstrarea sarcinii, sau naștere) instituția medicală spitalicească eliberează un certificat, care confirmă stările menționate pentru a fi prezentat instituțiilor medicale primare cu scop de luare a gravidei sau lăuzei la evidență și prezentare ulterioară agențiilor/reprezentanțelor teritoriale ale CNAM în vederea modificării, după caz, a statutului asigurat/neasigurat. În certificat se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, parturienței și lăuziei, după caz).

105. În cazul în care Agenția/reprezentantul teritorial al CNAM, în temeiul actelor normative în vigoare, nu va elibera/activa polița de asigurare pentru gravida care face parte din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și nu a achitat prima,

instituția medicală va iniția procedura de încasare de la persoana neasigurată a plăților pentru serviciile medicale acordate.

106. Pentru cazurile de sarcina extrauterină, avort spontan sau întreruperea sarcinii la indicații medicale în cazul internării pe urgență (cu pierderea sarcinii) la femeile neasigurate, polița de asigurare nu se eliberează/activează, iar serviciile medicale prestate se califică ca urgențe medico-chirurgicale și se achită în modul stabilit.

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

108. Internarea programată se efectuează după cum urmează:

1) în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care este înregistrat pacientul respectiv sau de către medicul specialist de profil pentru maladiile stipulate în anexa nr.2 la Programul unic;

2) în spitalele de nivel terțiar - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, coordonată cu spitalul respectiv, sau a medicului de familie din unitățile teritorial-administrative unde lipsește medicul specialist respectiv;

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

4) în instituțiile spitalicești specializate pacienții cu tuberculoză se internează în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie/medicul specialist de profil;

5) pacienții tematici se internează în spitalele de nivel terțiar și de nivel secundar (municipale) în modul stabilit de actele normative în vigoare;

6) în instituțiile departamentale și private în baza biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie/specialist de profil, care activează în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

109. Femeile gravide sunt spitalizate pentru naștere în instituția medico-sanitară solicitată, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor, când, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale.

Femeilor gravide spitalizate pentru naștere li se va oferi posibilitatea de a alege medicul obstetrician-ginecolog din cadrul instituției medico-sanitare spitalicești pentru acordarea asistenței medicale în condiții de staționar, cu consimțământul prealabil al acestuia.

110. La adresarea directă pentru internare în instituțiile medicale spitalicești fără programare, în cazurile nerespectării prevederilor punctului 108, cheltuielile sunt achitate de către pacient, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii medicale gratuite, cu consemnarea acordului privind prestarea serviciilor medicale contra plată în documentația medicală.

111. La indicațiile medicale și sociale, stabilite de Comisia Medicală Consultativă (Ordinul nr.647 din 21.09.2010), femeilor gravide li se asigură internarea pentru întreruperea sarcinii, cu respectarea mecanismului stabilit la punctele 103-106.

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

113. Pacienții afectați de maladiile incluse în Lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar, din punctul 10 la prezentele Norme metodologice sunt spitalizați atât la trimiterea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, cât și în cazul adresării directe a pacientului.

114. În cazul când persoana asigurată, consultată de medicul specialist de profil în instituția medico-sanitară de nivel terțiar, necesită internare în secțiile spitalicești ale instituției respective, la prezența locurilor vacante la zi, pacientul se internează în aceeași zi, cu bilet de trimitere-extras (formular 027/e) eliberat de medicul specialist de profil responsabil de pacienții din ambulator, coordonat cu șeful subdiviziunii respective.

115. Dacă medicul specialist de profil al instituției medico-sanitare de nivel terțiar, în urma examinării persoanei asigurate trimisă pentru consultație/investigație în modul stabilit, constată stare de urgență, aceasta este internată în instituția medico-sanitară de nivel terțiar conform indicațiilor pentru cazurile de urgență.

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

117. Instituția medico-sanitară contractată de Compania Națională de Asigurări în Medicină efectuează prestarea serviciilor de reabilitare pacienților cu tumori maligne, cu asigurarea implanturilor mamare, protezelor individuale și consumabilelor necesare pentru reabilitarea chirurgicală și protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor.

118. Instituția medico-sanitară contractată de Compania Națională de Asigurări în Medicină asigură prestarea serviciilor de reproducere umană asistată medical, conform prevederilor actelor normative în vigoare.

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

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

121. În perioada de noapte, secțiile de internare/unitățile de primire urgentă ale spitalelor asigură pînă în dimineața zilei următoare supravegherea persoanelor (pacienților) transportate de ambulanță sau care s-au adresat direct în orele tîrzii ale serii după ajutor medical, dar care, conform

indicațiilor medicale, nu necesită spitalizare și urmează a fi tratate în condiții de ambulator.

122. Cheltuielile pentru serviciile menționate la punctul 121 vor fi acoperite din contul mijloacelor alocate secțiilor de internare/unităților de primire urgentă, conform prevederilor Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv .

123. În cazul când bolnavii internați necesită transferare programată pentru continuarea tratamentului spitalicesc în spitalele de profil, inclusiv pentru pacienții cu maladii psihiatrice, narcologice și tuberculoză, instituția organizează transportarea acestora cu transportul sanitar propriu, cu excepția stărilor de urgență specificate la punctul 20 al prezentelor Norme, după coordonarea prealabilă de către ei a internării cu spitalele de profil respective. Se interzice externarea la domiciliu a pacienților cu tuberculoză ce necesită transfer în instituția medico-sanitară de profil.

Servicii medicale de înalta performanță

124. Serviciile medicale de înaltă performanță pe tipurile, specificate în anexa nr.5 al Programului Unic se acordă persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate pentru prestarea acestui tip de servicii de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Lista cărora și volumul de servicii contractate pentru fiecare prestator se publică pe pagina WEB a instituției și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

125. Instituțiile medico-sanitare respective, informează instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial și național, inclusiv Centrele de Sănătate autonome, precum și Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, despre numărul investigațiilor garantate, conform prevederilor actelor normative în vigoare, fiecărui teritoriu sau instituții de nivel național, ținând cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției etc.

126. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil și medicul de familie încadrat în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată. Serviciile medicale, notificate cu asterisc în anexa nr.5 la Programul unic, pot fi efectuate inclusiv la trimiterea medicului de familie, în baza biletului de trimitere completat de acesta, pe care se aplică parafa instituției medico-sanitare publice primare.

Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță pentru femeile gravide care se află la evidență la medicul obstetrician-ginecolog în afara principiului teritorial de deservire sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil încadrat în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în afara cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată.

127. În cazul când în urma investigației efectuate apar indicații pentru efectuarea unei alte investigații, aceasta poate fi indicată de către medicul specialist care a efectuat prima investigație, prin argumentarea necesității acesteia în Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță (F 1-19/r), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.10/08-A din 14.01.2013, în compartimentul „Diagnosticul la trimitere”.

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

programate, care au rămas în surplus.

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

130. Copiilor pînă la 14 ani și persoanelor cu nevoi speciale, în cazul prestării unor servicii de înaltă performanță (RMN, TC etc.), sînt organizate la necesitate servicii de anestezie, care sînt achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în baza contractului încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, cu condiția respectării actelor normative în vigoare.

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

131. Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, la care au dreptul persoanele asigurate, sunt acordate de către prestatorii autorizați conform actelor normative în vigoare, care sunt contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în condițiile prevăzute de prezentele Norme metodologice.

132. Prestatorul efectuează îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor cu maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară, inclusiv îngrijiri paliative, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile cînd îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

133. Evidența serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se efectuează în fișa medicală de ambulator a pacientului (F - 025 e) și/sau dosarul de îngrijire a beneficiarului, la care se anexează Fișa de evaluare a pacientului și Fișa de evidență a intervențiilor medicale de bază pentru îngrijirile medicale la domiciliu de model aprobat.

134. Prestatorii efectuează îngrijiri paliative la domiciliu persoanelor cu maladii incurabile, în stadii terminale, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile cînd îngrijirile paliative la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

135. Prestatorii asigură acordarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, în modul și volumul stabilite de actele normative în vigoare. Asigurarea cu medicamente, dispozitive medicale (consumabile, inclusiv pungi colectoare pentru stome), necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății, se realizează de către prestatorii, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Reglementări comune de caracter special

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

137. Organizarea asistenței medicale în cadrul instituției medico-sanitare din alt teritoriu, în astfel de cazuri se efectuează prin coordonare bilaterală cu instituțiile medico-sanitare din teritoriile

respective.

138. Pentru asigurarea prestării serviciilor de asistență medicală primară, asistență medicală urgentă prespitalicească, specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu, Compania Națională de Asigurări în Medicină va efectua modificarea contractului de prestare a serviciilor medicale la compartimentul dat, ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.

139. De asemenea, prestarea serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicească, specializată de ambulator populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu poate fi efectuată de instituția amplasată geografic mai accesibil în baza contractului bilateral, încheiat între instituții.

140. Prestarea serviciilor spitalicești pentru persoanele asigurate se efectuează în baza liberei alegeri a spitalului de același nivel pentru internările programate în cadrul zonelor stabilite conform actelor normative în vigoare.

Internarea programată se va efectua în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care este înregistrat pacientul sau de către medicul specialist de profil pentru pacienții cu maladiile stipulate în anexa nr.2 la Programul unic.

141. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în punctele 138 și 139 a fost încheiat un contract de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau un contract bilateral între instituții, beneficiază de servicii medicale respective în volumul stabilit de Programul unic. În toate aceste cazuri, trimiterea la consultații sau internare în instituția altui teritoriu se va efectua de către medicul de familie, care deservește localitatea dată, în baza biletului de trimitere-extras (formular 027/e), completat conform cerințelor stabilite la punctul 55 al prezentelor Norme metodologice.

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

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

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

145. La constatarea permanentă a deficiențelor respective, documentate cu dovezi argumentate privind cheltuielile suplimentare, suportate de către instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial sau terțiar din cauza prestării sub nivelul necesar și volumul stabilit a serviciilor medicale acordate pacienților trimiși de către instituțiile medico-sanitare de la etapa precedentă, se

va lua decizia de restituire a cheltuielilor respective în baza facturilor prezentate, în temeiul acordului semnat de ambele instituții, iar în caz de conflict - după coordonare cu Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

146. Instituțiile medico-sanitare, prestatoare de servicii medicale vor realiza măsuri de prevenire și înlăturare a fenomenelor de polipragmazie, în vederea neadmiterii cheltuielilor nejustificate a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Capitolul III. Investigațiile paraclinice

147. Investigațiile paraclinice, de care beneficiază populația în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se specifică conform nivelului la care se prestează, după cum urmează:

- 1) investigațiile paraclinice efectuate la trimiterea medicului de familie;
- 2) investigațiile paraclinice efectuate la trimiterea medicului specialist de profil;
- 3) serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice;
- 4) serviciile medicale de înaltă performanță.

148. Serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie se acordă conform indicațiilor medicale, indiferent de statutul persoanei în sistemul AOAM (atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate) și sînt specificate în compartimentul I la anexa nr.4 al Programului unic.

149. Serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului specialist de profil specificate în compartimentul II la anexa nr.4 al Programului unic se efectuează persoanelor asigurate (iar persoanelor neasigurate - în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator și în condiții de staționar incluse în Lista din punctul 10 la prezentele Norme metodologice), în cazul cînd pacientul se prezintă la acesta pentru asistență medicală în conformitate cu prezentele Norme metodologice.

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

151. Serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice de care beneficiază persoanele asigurate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală la trimiterea medicului de familie și medicului specialist de profil, specificate în compartimentul III la anexa nr.4 al Programului unic, se acordă respectiv:

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

Dispoziții finale

152. Prestatorii de servicii medicale sunt responsabili, în conformitate cu legislația în vigoare, de organizarea serviciilor medicale în vederea prestării serviciilor în conformitate cu prevederile prezentelor Norme, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.