



ORDIN nr.

27.03.08 Nr. 138/55A

Mun. Chișinău

Privind aprobarea Normelor metodologice de plicare
în anul 2008 a Programului unic al asigurării
obligatorii de asistență medicală

În scopul realizării prevederilor Hotărîrii Guvernului nr. 1387 din 10
decembrie 2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării
obligatorii de asistență medicală”,

ORDONĂM:

1. Se aprobat Normelor metodologice de aplicare în anul 2008 a
Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (Partea I
„Dispoziții generale” și II „Condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare
nivel și tip de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării
obligatorii de asistență medicală”).

2. Conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice raionale și
republicane, Directorului Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău,
Directorului Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Șefului
Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, Directorilor Agențiilor teritoriale ale
Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Direcțiilor Ministerului Sănătății
a lua act de prezentul Ordin și vor asigura executarea necondiționată a
prevederilor lui.

Controlul asupra executării prezentului ordin ni-1 asumăm.

Ministrul Sănătății

Ion ABABII

**Directorul general al Companiei
Naționale de Asigurări în Medicină**

Gheorghe RUSSU

Normele metodologice de aplicare în anul 2008 a
Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Partea I. Dispoziții generale

1. Normele metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Norme metodologice) determină principiile de bază de organizare și condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Normele metodologice stabilesc modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, lista investigațiilor paraclinice, în funcție de volumul mijloacelor acumulate în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru anul 2008.

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

Partea II. Condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

I. Dispoziții generale

1. Prezentul document este elaborat 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.

2. Reglementarea condițiilor acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală are ca scop asigurarea accesului echitabil a persoanelor asigurate la asistență medicală oportună în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și perfectarea mecanismelor de integrare a asistenței medicale de toate nivelurile, în vederea asigurării continuității și calității serviciilor medicale prestate.

II. Principiile de bază a organizării asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

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

atît în caz de boală cît și în caz de vizită profilactică, persoana asigurată se prezintă inițial, cu polița de asigurare obligatorie de asistență medicală și buletinul de identitate, la medicul de familie, care organizează asistența medicală în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

în toate cazurile în care neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului și/sau a celor ce-1 înconjoară sau prezintă urmări grave pentru starea sănătății pacientului/sau sănătății publice asistența medicală urgentă se acordă de orice medic, din orice instituție medico-sanitară ce a încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;

asistența medicală urgentă se acordă continuu, pînă la stabilizarea stării sănătății pacientului și/sau transmiterea pentru tratament în altă instituție medicală;

în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața, stabilite în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală urgentă prespitalică se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată:

în toate cazurile, cînd este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei, datele despre prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, se solicită doar la finalul acordării asistenței medicale urgente, la înregistrarea pacientului în documentația de evidență medicală primară;

În cazul urgențelor medico-chirurgicale, care necesită tratament spitalicesc persoanele asigurate se internează în spital la trimiterea medicului de familie, serviciului de Asistență Medicală Urgentă la etapa prespitalicească, medicului specialist de profil, și la adresarea persoanei asigurate fără bilet de trimitere - în mod de urgență:

asistența medicală programată se acordă în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însă lipsesc stările menționate în alineatul 2 al prezentului punct, în baza biletului de trimitere¹ a medicului de familie, cu excepția maladiilor stabilite în anexa 2,1a Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, în instituțiile raionale și municipale, iar în instituțiile republicane - cu bilet de trimitere de la medicul specialist de profil.

III. Condițiile acordării asistenței medicale pentru flecare tip de asistență medicală și servicii medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească

4. Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească se acordă de către instituțiile medico-sanitare de asistență medicală urgentă, care activează în conformitate cu prevederile legislației în vigoare, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească se efectuează la apelul pacientului, altor persoane sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se asigură în regim continuu, **de la locul** accidentului sau îmbolnăvirii și în timpul transportării pînă la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare.

Pînă la sosirea echipei de asistență medicală urgentă, asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească¹, se acordă la solicitare de orice instituție medicală aflată în apropierea locului accidentului sau îmbolnăvirii.

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

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

8. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale majore, deservite de serviciul prespitalicesc la etapa de prespital, care necesită consultație și tratament la etapa spitalicească sau specializată de ambulator, la indicații medicale se asigură transportul medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii pînă la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare.

Persoanele date, indiferent de prezența poliției de asigurare obligatorie de asistență medicală, sînt transportate în instituția medico-sanitară care va preciza statul de persoană asigurată numai după acordarea asistenței medicale urgente.

9. Organizarea transportării medicale asistate, la solicitarea spitalelor raionale, a bolnavilor cu urgențe psihiatrice, narcologice, tuberculoză, pentru tratament spitalicesc în

spitalele de profil se efectuează după coordonarea de către ei a internării cu spitalele de profil respective.

10. Transportarea medicală asistată a copiilor prematuri la centrele perinatale de nivel II, la solicitarea spitalelor raionale, se va efectua doar după coordonarea de către ei a transferului cu Centrele perinatale respective.

11. Transportul medical asistat prin intermediul Serviciului republican „AVIASAN” se efectuează la solicitarea instituțiilor medico-sanitare, care pînă la sosirea echipei asigură supravegherea pacientului, efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, tratamentul intensiv necesar în conformitate cu actele normative în vigoare.

12. Serviciile medicale altele, decît cele prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (transportarea pacienților pentru consultații, investigații în alte instituții medicale, transportarea personalului de urgență de la - și la domiciliu etc.) pot fi prestate de către instituțiile de asistență medicală urgentă în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral între instituții, sau contra plată persoanelor fizice conform tarifelor aprobate, dar nu în detrimentul funcțiilor de bază.

Asistenta medicală primară

13. Medicul de familie este, persoana de prim contact la care va apela persoana asigurată și care asigură acordarea asistenței medicale primare și organizează accesul persoanei asigurate la celelalte tipuri de asistență medicală și servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

14. Pentru a beneficia de asistență medicală persoanele asigurate se vor înregistra obligatoriu pe lista medicului de familie, în conformitate cu actele normative în vigoare.

15. În situațiile de urgență asistența medicală primară se acordă persoanelor asigurate indiferent pe lista cărui medic de familie sînt înscrise.

16. Instituțiile medicale primare asigură toate persoanele înregistrate pe lista medicului de familie cii documentație medicală primară necesară, fiind responsabile de înregistrarea informației depline despre serviciile medicale prestate în documentația medicală primară de ambulator de model aprobat, care se păstrează în modul stabilit în instituția medico-sanitară și se marchează conform maladiilor prezente la pacient.

17. Pentru realizarea volumului de asistență medicală primară prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală conducătorul instituției medico-sanitare publice primare asigura în toate instituțiile medicale subordonate condițiile necesare prin:

- procurarea echipamentului medical necesar;
- asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;
- organizarea asigurării ritmice cu medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- organizarea supravegherii persoanelor cu maladii cronice, inclusiv la domiciliu;
- deplasarea medicilor de familie în localitățile fără medic de familie;
- organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru examene de bilanț a copiilor, inclusiv elevilor, gravidelor, persoanelor nedepasabile etc;
- colectarea și transportarea sîngelui prin serviciul de curier din localitățile rurale către laboratorul Centrului Medicilor de Familie/Centrului de Sănătate.

18. Pentru eficientizarea acordării asistenței medicale primare vizitele la medicul de familie se programează (telefonice sau la prezentare directă a pacientului sau rudelor sale).

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

20. Medicul de planificare a familiei (obstetrician-ginecolog) din cadrul cabinetului de sănătate a reproducerii asigură efectuarea manoperelor medicale specifice specialității.

Instituțiile medico-sanitare publice primare asigură procurarea dispozitivelor medicale și contraceptivelor cu efect prolongat pentru persoanele din grupele de risc medical și social, cu maladii social condiționate, în cazurile justificate din punct de vedere medical și social.

21. Asigurarea medicamentelor, consumabilelor pentru intervențiile medicale urgente, cât și pentru tratamentul compensat din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, efectuat la trimiterea medicului de familie în cabinetele de proceduri, staționarul de zi și la domiciliu se asigură de către instituția medicală primară.

22. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, prestate în cadrul acordării serviciilor profilactice și curative, inclusiv pentru situații de urgență, stabilite în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, se asigură, la trimiterea medicului de familie, de către instituția medicală primară.

Decizia privind trimiterea la investigații/analize a pacienților aparține în exclusivitate doar medicului de familie și se efectuează în conformitate cu protocoalele clinice și standardele medicale recomandate. Trimiterea se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor și confirmate prin aplicarea parafei medicului de familie. Se interzice solicitarea altor parafe și semnături.

23. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, incluse în Lista investigațiilor paraclinice din Normele metodologice, efectuarea lor se va efectua în cadrul altor instituții medicale de orice nivel în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral. În aceste cazuri costurile la serviciile medicale prestate sînt negociabile, dar nu mai mari decît în Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

24. Activitățile, la realizarea cărora participă atît medicii de familie, cât și medicii specialiști de profil, se organizează în conformitate cu ordinul comun a instituției medico-sanitare publice primare și spitalicești. Condițiile acordării serviciilor medicale la acest compartiment sînt stabilite de prezentul Regulament.

Certificatele (formularele) eliberate în cadrul realizării activităților de suport, se asigură de către instituția medicală primară.

25. Conducătorul instituției medico-sanitare, asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară aprobate și modificate prin ordinele Ministerului Sănătății, necesare pentru activitatea instituției medico-sanitare, ținînd cont de specificul de activitate a medicului de familie și structurilor aferente cabinetului

medicului de familie, a instituției medico-sanitare spitalicești și specializată de ambulator, în conformitate cu actele normative în vigoare.

Conducătorul instituției medico-sanitare este responsabil de corespunderea formularelor de evidență medicală primară procurate modelului aprobat de Ministerul Sănătății.

Se interzice întocmirea și utilizarea formularelor de evidență medicală primară, care nu sînt aprobate de Ministerul Sănătății și de a introduce modificări în formularele de evidență medicală primară, aprobate prin ordinele Ministerului Sănătății.

26. Conducătorul instituției medico-sanitare de asistență medicală primară este responsabil de organizarea rezolvării maxime a problemelor de sănătate a persoanei asigurate la nivel de asistență medicală primară și de organizarea trimiterii oportune a pacienților pentru consultație și internare în cadrul instituției medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator.

27. În cazurile, cînd starea pacientului depășește competența medicului de familie, sau stabilirea/precizarea diagnosticului și aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei, sau conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare supravegherea maladiei date se efectuează de către sau de comun cu medicul specialist de profil, medicul de familie organizează referirea pacientului la instituția de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator.

28. Trimiterea persoanei asigurate la consultația medicului specialist de profil în cadrul instituției medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator din același teritoriu se permite în baza documentației medicale primare², în care sînt prezente datele examenului clinic, investigațiile de laborator și instrumentale efectuate la nivel de asistență medicală primară și recomandarea consultației medicului specialist de profil.

29. Trimiterea la consultația medicilor specialiști de profil din altă instituție medico-sanitară publică se efectuează în temeiul biletului de trimitere, completat conform cerințelor formularului, cu indicarea diagnosticului, datelor despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor efectuate, inclusiv în dinamică, care confirmă diagnosticul/sau suspjecția la maladia dată, rezultatele examenelor profilactice efectuate (control la scabie și pediculoza, examenul ginecologic oncoprofilactic, tonometria oculară, microradiografia), tratamentul efectuat și scopul trimiterii la consultație (confirmarea diagnosticului, stabilirea tacticii de tratament etc). Concomitent, se indică numărul poliței de asigurare și codului personal al pacientului. Biletul de trimitere se confirmă prin aplicarea parafei medicului de familie.

Medicul de familie asigură supravegherea în dinamică a pacientului în conformitate cu recomandările medicului specialist de profil.

30. Trimiterea pentru internare a persoanei asigurate de către medicul de familie se efectuează în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic în situațiile, care au la bază criteriile stabilite în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice raionale/municipale se efectuează prin coordonare cu șeful secției/persoanele responsabile din instituțiile abilitate, după caz prin telefon, înregistrînd data în documentația medicală primară.

Biletului de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 29, cu mențiunea „Se trimite pentru internare programată în secția...”, sau „Se trimite pentru internare urgentă în secția...”.

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

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

În cazul depistării/suspecției unei maladii infecțioase, care prezintă pericol endemo-epidemic, medicul de familie va întreprinde măsuri de izolare și raportare, și va organiza măsuri pentru preîntâmpinarea și restrângerea epidemiei/endemiei, organizând internarea urgentă.

În aceste cazuri, medicul de familie asigură examinarea contactilor din focar, cu efectuarea investigațiilor necesare pentru confirmarea diagnosticului, în volumul stabilit de actele normative în vigoare.

La externare, medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor necesare, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, conform recomandărilor medicului curant din secția spitalicească.

31. Pentru localitățile rurale, cu acces geografic limitat la instituțiile medico-sanitare publice teritoriale de asistență specializată de ambulator și spitalicească, contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor respective populației raionului dat, poate fi organizată asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cadrul instituției medico-sanitare publice teritoriale de asistență specializată de ambulator și spitalicească situată geografic mai favorabil.

Organizarea asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești în cadrul instituției medico-sanitare publice din cadrul altui teritoriu situată geografic mai favorabil pentru localitățile date -se efectuează la solicitarea populației, cu acordul autorităților administrației publice locale și instituțiilor medico-sanitare din ambele teritorii.

În cazurile date asistența medicală primară populației din localitățile date se acordă în cadrul instituției medicale primare, care deservește populația dată, în volumul posibil la nivel de Centrul de Sănătate respectiv.

Pentru prestarea serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească populației din localitățile limitrofe unui alt teritoriu Compania Națională de Asigurări în Medicină va efectua modificarea contractului de prestare a serviciilor medicale la compartimentul dat ținând cont de numărul populației înregistrate în localitățile respective.

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

În 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 completat conform cerințelor stabilite în punctul 29 al prezentului Regulament.

32. Deficiențele înregistrate în organizarea trimiterii persoanelor asigurate în instituțiile medico-sanitare publice teritoriale de asistență specializată de ambulator și

spitalicească, cât și vis a vis de volumul investigațiilor efectuate la nivel primar, se informează de către instituția de asistență specializată de ambulator și spitalicească instituției medico-sanitare primare, Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru întreprinderea măsurilor ce se impun.

33. La constatarea permanentă a deficiențelor în organizarea trimiterii persoanelor asigurate în instituțiile medico-sanitare publice teritoriale de asistență specializată de ambulator și spitalicească, cât și vis a vis de volumul investigațiilor efectuate la nivel primar, cu prezentarea argumentelor confirmate documentar, privind cheltuielile neargumentate suportate de către instituțiile medico-sanitare publice teritoriale de asistență specializată de ambulator și spitalicească din cauza prestării insuficiente a serviciilor medicale posibile de efectuat la nivel de asistență medicală primară, se va lua decizia de restituire a costurilor 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.

Asistența medicală specializată de ambulator

34. Asistența medicală specializată de ambulator, în cazul maladiilor și stărilor menționate în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se acordă persoanelor de către medicul specialist de profil împreună cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical.

35. Pentru realizarea tuturor activităților prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personajului respectiv, și sînt prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătății, conducătorul instituției medico-sanitare publice de asistență specializată de ambulator și spitalicească asigură condițiile necesare prin:

- dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;
- planificarea corectă a timpului de muncă, ținînd cont de specificul specialității;
- programarea prioritară a vizitelor persoanelor asigurate;
- perfecționarea mecanismului de programare a vizitelor la medicul specialist de profil, organizînd înscrierea la medicul specialist de profil nemijlocit de către pacient, conform biletului de trimitere a medicului de familie;

organizarea deplasărilor medicilor specialiști de profil în localitățile rurale pentru supravegherea pacienților cu maladiile prevăzute în Programul unic, care necesită supraveghere de comun cu medicul de familie și care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil.

36. Consultațiile medicale și de control ale medicului specialist de profil din cadrul instituțiilor medico-sanitare publice teritoriale de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării

obligatorii de asistență medicală, se acordă persoanelor asigurate se acordă persoanelor asigurate în baza biletului de trimitere eliberat de către:

a) medicul de familie și echipa sa;

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

Prezentarea repetată a pacientului la medicul specialist de profil la recomandarea acestuia, inclusiv la nivelul instituțiilor medico-sanitare publice teritoriale, pentru următoarele consultații în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără bilet de trimitere de la medicul de familie și echipa sa/specialistul de profil din instituțiile medico-sanitare publice raionale/municipale.

În aceste cazuri, în cadrul consultațiilor medicale, consultațiilor de control, inclusiv în caz de urgențe și în cazul maladiilor, care permit adresarea directă la medicul specialist de profil, fără bilet de trimitere prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, este asigurat întreg volumul de servicii și manopere medicale prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, conform diagnosticului stabilit și specificului de specialitate.

Persoanelor asigurate, trimise la consultație în modul menționat, toate investigațiile paraclinice și de diagnosticare suplimentare, necesare pentru confirmarea diagnosticului și supravegherea în dinamică a pacientului, inclusiv manoperele medicale specifice se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, conform trimiterii medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești.

Decizia privind trimiterea la investigații a persoanelor asigurate se efectuează de către medicul specialist de profil, în volumul recomandat în protocoalele clinice și standardele medicale. Trimiterea la investigații se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor formularului și confirmate prin aplicarea parafei medicului.

Se interzice solicitarea semnăturilor sau parafelor nereglementate pentru efectuarea investigațiilor respective.

Investigațiile paraclinice și de diagnosticare necesare pentru realizarea examenelor medicale în comisie se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, conform trimiterii medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești.

Antrenarea specialiștilor din cadrul instituției medico-sanitare publice primare în activitatea comisiilor medicale, activitatea cărora este efectuată din contul mijloacelor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală sau din contul mijloacelor parvenite în bază de contract cu agenții economici, persoane fizice, administrația publică locală, se efectuează în temeiul contractului bilateral între ambele instituții medico-sanitare publice teritoriale.

37. În cazul, când instituțiile medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator, de nivel teritorial nu dispun de capacitățile necesare pentru efectuarea, conform indicațiilor medicale, a investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, inclusiv citologie, incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, efectuarea lor se va efectua în cadrul altei instituții medico-sanitare publice atât de nivel teritorial, cât și național, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral. În aceste cazuri costurile la serviciile medicale prestate sînt negociabile, dar nu mai mari decît cele aprobate în modul stabilit.

38. În cazul trimiterii persoanei asigurate la consultație de către medicul de familie, inclusiv în cazul prezentării directe la medicul specialist de profil, ultimul

înregistrează datele despre rezultatele examenului clinic, diagnosticul și recomandările de tratament în documentația medicală primară de ambulator, în cazul consultației pacientului din aceeași instituție medico-sanitară publică.

În cadrul consultației la trimiterea medicului de familie din cadrul unei instituții medico-sanitare publice din alt teritoriu se întocmește biletul de trimitere¹, către medicul/instituția, care a solicitat consultația, cu indicarea diagnosticului, rezultatelor investigațiilor efectuate, recomandările de tratament și supraveghere etc.

39. În cazul când pacientul necesită tratament sub supravegherea specialistului de profil, acesta înregistrează fiecare vizită repetată pentru cazul tratat, în baza biletului de trimitere¹ primar pentru cazul dat. eliberat de către medicul de familie.

4Q. La necesitate, medicul specialist de profil poate trimite persoana asigurată la consultație, la un alt medic specialist de profil din aceeași instituție, în cadrul aceluiași caz de boală, în care primar persoana asigurată a fost trimisă la consultație de către medicul de familie.

41. Populației din localitățile limitrofe, pentru care, conform solicitării și acordului dat de autoritățile administrației publice locale, 'a fost încheiat contract de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau contract bilateral între instituții, beneficiază de servicii medicale specializate de ambulator în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală conform condițiilor prevăzute în prezentul document.

Concomitent, instituțiile medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească și specializată de ambulator, de nivel teritorial asigură prestarea serviciilor medicale (investigații de laborator și instrumentale) pentru instituția medico-sanitară publică primară, care nu dispune de serviciile respective, în temeiul contractului bilateral încheiat.

42. În cazul, când diagnosticul, tratamentul sau examinarea persoanei asigurate depășește competența instituției medico-sanitare de asistență specializată de ambulator teritoriale, medicul specialist de profil trimite pacientul la consultație medicală, investigații de înaltă performanță și internare în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice republicane, prin intermediul Consiliului Medical Consultativ.

Trimiterea în modul stabilit se efectuează pentru persoanele, care inițial au avut bilet de trimitere la consultația medicului specialist de profil de la medicul de familie, sau dispun de drept de prezentare directă la medicul specialist de profil.

Biletului de trimitere se completează conform cerințelor stabilite punctul 29, cu mențiunea „Se trimite pentru internare programată în secția..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, proces verbal CMC nr. din" sau „Se trimite pentru investigații în..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ proces verbal CMC nr. din. ."

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

43. Specialistul de profil din instituția medico-sanitară publică republicană consultă pacientul în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit, a:

medicului specialist de profil din instituțiile medico-sanitare publice raionale/municipale pentru consultația specialistului de profil din instituțiile medico-sanitare publice republicane, în cazul în care persoana asigurată a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie;

medicului specialist de profil din instituțiile medico-sanitare publice republicane pentru consultația altor specialiști în cadrul aceleiași instituții, sau din alte instituții medico-sanitare publice republicane, în cazul în care persoana asigurată a avut biletul de trimitere.

La necesitatea efectuării consultațiilor altor specialiști de profil, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare publice republicane pentru cazul dat de boală, specialistul de profil din instituția medico-sanitară publică republicană recomandă persoanei asigurate efectuarea acestor consultații eliberând bilet de trimitere în baza biletului de trimitere primar, pentru cazul dat de boală eliberat de medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară publică raională/municipală.

Efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) și manoperelor medicale specifice se efectuează la trimiterea medicului specialist de profil, conform indicațiilor medicale.

Serviciile medicale de înaltă performanță, efectuarea cărora este necesară pentru precizarea definitivă a diagnosticului, se efectuează după coordonare cu Consiliul Medical Consultativ al subdiviziunii respective, în baza biletului de trimitere.

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

Consultațiile colaboratorilor Catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", care activează în cadrul secțiilor consultative/policlinicilor și instituțiilor medico-sanitare se supun aceluiași mecanism expus la capitolul dat.

44. Deficiențele înregistrate în organizarea trimiterii persoanelor asigurate în instituțiile medico-sanitare publice naționale de asistență specializată de ambulator și spitalicească, cât și vis a vis de volumul investigațiilor efectuate la nivelul secției consultative teritoriale, se raportează de către instituția națională de asistență specializată de ambulator și spitalicească instituției medico-sanitare spitalicești teritoriale. Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru întreprinderea măsurilor ce se impun.

45. La constatarea permanentă a deficiențelor în organizarea trimiterii persoanelor asigurate în instituțiile medico-sanitare publice naționale de asistență specializată de ambulator și spitalicească, cât și vis a vis de volumul investigațiilor efectuate la nivelul secției consultative teritoriale, cu prezentarea argumentelor confirmate documentai, privind cheltuielile neargumentate suportate de către instituțiile medico-sanitare publice naționale de asistență specializată de ambulator și spitalicească din cauza prestării serviciilor medicale posibile de efectuat la nivelul secției consultative teritoriale, se va lua

decizia de restituire a costurilor în baza facturilor prezentate, în temeiul acordului semnat de ambele instituții, după coordonare cu Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Asistența medicală stomatologică

46. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice.

Pentru realizarea volumului de asistență medicală stomatologică conducătorul instituției medico-sanitare publice de asistență specializată de ambulator și spitalicească asigură condițiile necesare prin:

dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;

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

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

Note:

1. Se consideră consultație medicală primară prezentarea unui pacient la un anumit medic specialist de profil pentru o anumită afecțiune, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului.

2. Se consideră consultație de control:

prezentările ulterioare ale unui pacient la același medic specialist (în afara primei prezentări), cu același diagnostic, pentru aprecierea tratamentului, efectuarea unor manopere terapeutice sau aplicarea unor tratamente stabilite de medic în cadrul consultațiilor acordate pacientului în vederea stabilirii diagnosticului, pentru care este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinetul medicului, sau pentru urmărirea evoluției sub tratament a pacientului (solicitări pentru care pacientul primește, după confirmarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice, recomandare de la medicul specialist de profil cu, programarea acestor noi prezentări), pînă la vindecare sau stabilizare;

controalele periodice ale unui pacient cu un diagnostic cunoscut, inclusiv controalele după internare cu același diagnostic, pentru aprecierea stării de sănătate și a tratamentului;

controalele după o intervenție chirurgicală și ortopedică pînă la vindecare (inclusiv pansamentul plăgii, scoaterea firelor și manoperele chirurgicale impuse de anumite complicații minore, scoaterea ghipsului).

3. Specialiștii de profil acordă asistență medicală specializată de ambulator (consultație medicală/de control) și la domiciliu. În cazul în care medicul de familie a solicitat în scris și a argumentat necesitatea asistenței medicale specializate de ambulator la domiciliu.

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

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

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

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

Asistența medicală spitalicească

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

Instituțiile medico-sanitare spitalicești contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor de asistență medicală spitalicească prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală informează instituțiile medico-sanitare de nivel, referitor la numărul spitalizărilor destinate pentru fiecare teritoriu/instituție, ținînd cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției etc.

48. Conducătorul instituției medico-sanitare publice de asistență medicală spitalicească asigură acordarea asistenței medicale spitalicești în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală prin:

dotarea corespunzătoare a instituției cu medicamentele și consumabilele necesare incluse în formularul farmacoterapeutic al instituției medico-sanitare în cauză;

asigurarea condițiilor hoteliere în corespundere cu normele sanitare în vigoare;

asigurarea alimentației, conform normativelor stabilite pentru afecțiunea respectivă;

organizarea efectuării" oportune și în volum deplin a manoperele 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;

Concomitent, pacientului internat în mod urgent i se organizează în mod obligatoriu efectuarea MRS cu sînge colectat din venă, pentru bolnavi de la 15 ani, analiza fecalelor la helminți, microradiografia și examenul ginecologic, cu înregistrarea ulterioară a rezultatelor acestora în extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar.

Mamele (îngrijitorii) sînt spitalizate pentru îngrijirea copilului cu vîrsta sub 3 ani și/sau în cazurile justificate din punct de vedere medical.

49. 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 maladii asupra sănătății publice a populației.

50. Internarea de urgență sau necondiționată în spital se efectuează:

cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie;

cu bilet de trimitere eliberat de medicul specialist de profil;

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

fără bilet de trimitere, la prezentarea directă a pacientului.

51; Internarea programată se efectuează doar în baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau medicului specialist de profil din cadrul secției consultative, care se întocmește după cum urmează:

în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie, conform deciziei consiliului medical consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

în spitalele de nivel terțiar (republicane) - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

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.

Internarea pacienților cu HIV/SIDA se efectuează la adresarea de sinestătoare, la trimiterea medicului de familie, medicului specialist de profil.

52. În cazul, când persoana asigurată, trimisă în modul stabilit la consultație la medicul specialist de profil în instituția medico-sanitară de nivel național, necesită internare în secțiile spitalicești ale instituției medico-sanitare de nivel național, în cazul confirmării prezenței de locuri vacante la zi, după coordonare cu Consiliul Medical Consultativ, pacientul se internează în aceeași zi.

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

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

53. Serviciul AVIASAN spitalizează (efectuează transferul) persoanelor asigurate cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare publice republicane la cererea instituțiilor medico-sanitare publice raionale/municipale, în cazul indicațiilor medicale pentru asistență medicală în cadrul instituțiilor medico-sanitare

publice republicane, sau instituția medico-sanitară publică raională/municipală nu dispune de echipamentul și tehnologiile medicale necesare.

54. Femeile gravide sînt spitalizate pentru naștere în instituția medico-sanitară solicitată, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor, cînd, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale. La indicații medicale și sociale, pentru întreruperea sarcinii, confirmată prin examenul clinic și ultrasonografic, femeile gravide

solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale, în cazurile cînd volumul și gradul de complexitate a asistenței medicale depășește posibilitățile instituției medico-sanitare respective<

fără bilet de trimitere, la prezentarea directă a pacientului.

51; Internarea programată se efectuează doar în baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau medicului specialist de profil din cadrul secției consultative, care se întocmește după cum urmează:

în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie, conform deciziei consiliului medical consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

în spitalele de nivel terțiar (republicane) - în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil, conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

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.

Internarea pacienților cu HIV/SIDA se efectuează la adresarea de sinestătoare, la trimiterea medicului de familie, medicului specialist de profil.

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

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

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

53. Serviciul AVIASAN spitalizează (efectuează transferul) persoanelor asigurate cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare publice republicane la cererea instituțiilor medico-sanitare publice raionale/municipale, în cazul

indicațiilor medicale pentru asistență medicală în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice republicane, sau instituția medico-sanitară publică raională/municipală nu dispune de echipamentul și tehnologiile medicale necesare.

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

Internarea femeilor gravide cu urgențe obstetricale (sarcină extrauterină, avort spontan, naștere) se efectuează necondiționat (indiferent de prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală). În cazurile date, dacă femeia gravidă nu dispune de polița de asigurare, instituția medicală spitalicească eliberează un certificat care atestă stările menționate pentru a fi prezentat instituțiilor medicale primare pentru evidență și prezentare a listelor categoriilor date agențiilor teritoriale ale CNAM în vederea obținerii polițelor de asigurare. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii evenimentului care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, patrumenției și lăuziei, după caz).

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

În cazul, cînd instituția medico-sanitară spitalicească nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor de laborator și instrumentale (serviciile medicale paraclinice) în volum deplin, efectuarea lor se asigură în temeiul contractelor bilaterale cu alte instituții medico-sanitare publice de nivel teritorial sau național.

56. Populației din localitățile limitrofe, pentru care, conform solicitării și acordului dat de către autoritățile administrației publice locale, a fost încheiat contract de prestare a serviciilor de asistență medicală spitalicească cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, beneficiază de servicii medicale spitalicești în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală conform condițiilor prevăzute în prezentul document.

57. Instituțiile medico-sanitare publice spitalicești de nivel teritorial/național duc evidența serviciilor medicale prestate la trimiterea instituțiilor medico-sanitare teritoriale/republicane -și informează instituția medico-sanitară publică teritorială, completînd biletul de trimitere, cu indicarea detaliată a tuturor datelor despre rezultatele internării, investigațiile efectuate la nivel național, diagnosticul stabilit și recomandările de tratament în continuare.

Servicii medicale de înaltă performanță

58. Serviciile medicale de înaltă performanță, în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se acordă persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform prevederilor legislației în vigoare.

Instituțiile medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală informează

instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial și național, inclusiv Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, referitor la numărul investigațiilor destinate pentru fiecare teritoriu/instituție de nivel național, ținând cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției etc.

Instituțiile medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță, efectuează investigațiile solicitate în baza biletului de trimitere a medicului specialist de profil, completat în modul stabilit, cu mențiunea „se trimite pentru investigații din contul cotei destinate Spitalului ..., prin decizia Consiliului Medical Consultativ, proces verbal CMC nr. din ..”.

Instituțiile medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță duc evidența serviciilor medicale de înaltă performanță efectuate pentru fiecare teritoriu în parte și redistribuie numărul programat de servicii, în cazul, când careva instituție teritorială nu realizează numărul programat de investigații.

Serviciile medicale de înaltă performanță necesare, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare, pentru rezolvarea unui caz internat în secțiile spitalicești, se acordă de către instituțiile medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță în baza contractelor încheiate bilateral.

îngrijiri medicale la domiciliu

59. Serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu la care au dreptul persoanele dependente de pat sînt acordate de către prestatorii autorizați în conformitate cu prevederile legale în vigoare, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Pentru pacienții dependenți de pat se efectuează următoarele manopere medicale, ce țin de îngrijire la domiciliu, în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății:

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

îngrijirea plăgilor, escariilor, ulcerelor trofice etc;

îngrijirea stomelor (traheostomă, gastrostomă) și îngrijirea pacienților cu anus contra naturii;

spălaturi: oculară, auriculară, vaginală și gastrică;

clisme cu scop evacuator și cu scop terapeutic;

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

îngrijiri paliative;

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

Prestatorul efectuează îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor asigurate, dependente la pat cu maladii cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau după intervenții chirurgicale

mari, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv și în cazurile când îngrijirile medicale la domiciliu sînt recomandate de către medicii specialiști de profil din secțiile spitalicești și de ambulator.

Asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale la domiciliu se efectuează din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate în acest scop.

IV. Dispoziții finale

60. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină, sînt responsabile de organizarea și calitatea asistenței medicale, în vederea asigurării accesului la asistență medicală, în volumul stabilit de actele normative în vigoare.

1. „Trimitere- Extras" (Formular 027/e)

2. „Fișa medicală a bolnavului de ambulator" (Formular 025/e); „Carnetul de dezvoltare a copilului" (Formular 112/e); „Fișa personală a gravidei și lăuzei" (Formular 11 l/e) etc.