

**Normele metodologice de aplicare în anul 2010
a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală**

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Norme metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Norme metodologice) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 și Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *Program unic*), aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007.

2. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare a serviciilor medicale și de plată a acestora pe tipurile prevăzute de Programul unic, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare, contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip, lista investigațiilor paraclinice, modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor eligibili în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în funcție de parametrii financiari legiferati prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv.

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

5. În cazul persoanelor neasigurate, volumul și condițiile acordării serviciilor medicale la nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească și asistență medicală primară, precum și asistență 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 conform legislației, sunt stabilite de Programul unic și prezentele Norme metodologice.

Lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice tratate în cadrul asistenței specializate de ambulator include infecția HIV/SIDA, iar în condiții de staționar:

- a) tuberculoza;
- b) psihozele și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute;
- c) alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală;
- d) afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate;

e) HIV/SIDA și sifilisul;

f) Maladiile infecțioase cu impact major asupra sănătății publice (SARS, holera, ciurma, antraxul, difteria, hepatita A acută, boala meningococică, febra tifoidă, febra hemoragică viral, gripa pandemică).

6. Reglementarea modalităților de plată și de contractare a prestatorilor de servicii medicale are ca scop asigurarea echității și proporționalității în procesul de achitare pentru serviciile medicale acordate pe diferite tipuri de asistență medicală în funcție de volumul mijloacelor acumulate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și eficienței prestatorilor în baza criteriilor de contractare ai acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

7. Normele metodologice se aplică și sunt obligatorii pentru toți subiecții asigurării obligatorii de asistență medicală stabiliți prin Legea nr.1585-XVIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, 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

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

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

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

c) 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, inclusiv prescrierea medicamentelor compensate în conformitate cu actele normative în vigoare, fără a fi condiționată plata pentru prestarea acestor servicii;

d) în toate cazurile, cînd este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul persoanei, inclusiv prezența poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, se solicită doar la finalul acordării asistenței medicale urgente;

e) în cazul urgențelor medico-chirurgicale, 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 (formular 027/e) – în mod de urgență;

f) asistența medicală programată (specializată de ambulator și spitalicească) se acordă în instituțiile raionale și municipale, conform principiului teritorial, în baza biletului de trimitere emis de medicul de familie în cazurile în care pacientul necesită asistență medicală, însa lipsesc stările menționate în alineatul (b) al prezentului punct, și/sau de medicul specialist de profil în cazul maladiilor indicate în anexa nr.2 la Programul unic. În instituțiile republicane asistența medicală programată se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul specialist de profil de la instituțiile medico-sanitare publice teritoriale.

g) la solicitarea pacientului, acesta poate fi internat programat în orice instituție medico-sanitară, cu condiția achitării de către solicitant a unei plăți suplimentare în conformitate cu actele normative în vigoare.

h) cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească, în cazurile expuse la alineatele (e) și (f), sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

i) cheltuielile pentru serviciile medicale prestate persoanelor neasigurate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicească sunt achitate de către pacient în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale, cu excepția maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform listei stabilite la pct. 5 din prezentele Norme metodologice.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

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

10. Asistență medicală urgentă prespitalicească se efectuează la apelul pacientului, altor persoane din numele pacientului sau la solicitarea lucrătorilor medicali și se asigură în regim continuu, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării și până la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare. La solicitare, până la sosirea echipei de asistență medicală urgentă, asistența respectivă se acordă de orice instituție medicală aflată în apropierea locului accidentului sau îmbolnăvirii.

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

12. Persoanelor cu urgențe medico-chirurgicale, deservite de instituțiile ce prestează servicii de asistență medicală urgentă prespitalicească, care necesită consultație și tratament la etapa spitalicească sau specializată de ambulator, la indicații medicale li se asigură transport medical asistat în regim continuu de la locul accidentului sau îmbolnăvirii până la transmiterea acestora instituției medico-sanitare respective.

13. Organizarea transportării medicale asistate a bolnavilor cu urgențe psihiatrice și narcologice, precum și a bolnavilor cu tuberculoză, pentru tratament spitalicesc în spitalele de profil, se efectuează la solicitarea spitalelor raionale, după coordonarea de către ei a internării cu spitalele de profil respective.

14. Transportarea medicală asistată a gravidelor și copiilor prematuri la centrele perinatale de nivelul II, la solicitarea spitalelor raionale, se va efectua doar după coordonarea transferului preconizat cu centrele perinatale respective.

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

16. Alte servicii medicale, decît cele prevăzute în Programul unic (*transportarea pacienților pentru consultații, investigații în alte instituții medicale, transportarea personalului de urgența de la/la domiciliu etc.*), pot fi prestate de către instituțiile de asistență medicală urgentă în temeiul contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral între instituții sau contra plată, efectuată conform tarifelor aprobate, dar fără a periclita activitatea lor de bază.

Asistența medicală primară

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

18. Pentru a beneficia de asistență medicală primară, este obligatorie înregistrarea pe lista medicului de familie, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al MS și CNAM nr. 316/138-A din 4 august 2008.

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

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

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

- a) asigurarea instituției cu cadre medicale;
- b) procurarea echipamentului medical necesar;
- c) asigurarea cu medicamente de urgență și consumabile;
- d) organizarea accesului la medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

f) organizarea accesului populației din localitățile defavorizate la serviciile medicului de familie;

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

h) colectarea și transportarea prin serviciul de curier din localitățile rurale către laborator a sîngelui și altor probe/produse biologice, prelevate în scop diagnostic;

i) stabilirea relațiilor de colaborare și schimbul de informații necesare cu lucrătorii medicali din instituțiile preșcolare și preuniversitare, unde sunt încadrați copiii înscriși în lista medicului de familie;

j) organizarea rezolvării maxime a problemelor de sănătate la nivelul asistenței medicale primare și trimiterii în termen optim și oportun a pacienților pentru consultații specializate de ambulator și internare în instituția medico-sanitară teritorială de tip spitalicesc.

22. Pentru eficientizarea acordării asistenței medicale primare vizitele la medicul de familie se programează telefonic sau la prezentare directă a pacientului sau rudelor acestuia.

Programul de lucru al instituției medicale primare se elaborează în dependență de specificul localității (rural/urban), anotimp (vară/iarnă), numărul medicilor de familie/asistenților medicali, asigurînd accesul populației la asistență medicală primară conform cererii, în intervalul cuprins între orele 08.00 –18.00 și/sau 08.00 - 20.00 după caz.

23. La prestarea serviciilor medicale profilactice, inclusiv: examenele medicale anuale, examinarea grupelor de risc, examenele medicale în comisie a elevilor instituțiilor preșcolare și de învățămînt, examenele medicale a abiturienților pentru admitere, examenele medicale profilactice pentru instituțiile medico-sanitare publice, de învățămînt și întremare (bugetare), medicamentele/reactivele și consumabilele necesare sunt asigurate de către instituția medicală primară. În aceste cazuri instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

24. Medicul de planificare a familiei (obstetrician-ginecolog) din cadrul cabinetului de sănătate a reproducerii asigură efectuarea manoperelor medicale specifice specialității, inclusiv eliberarea certificatelor despre starea sănătății tinerilor căsătoriți, cu prescrierea și efectuarea examenelor prevăzute de actele normative ale Ministerului Sănătății. Instituțiile medico-sanitare primare asigură procurarea dispozitivelor medicale și contraceptivelor cu efect prolongat pentru persoanele din grupele de risc medical și social, cu maladii social-condiționate, în cazurile justificate din punct de vedere medical și social.

25. Asigurarea materialelor sanitare și dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv și a medicamentelor în cazuri de urgență, se asigură de către instituția medicală primară.

26. Efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare în cadrul serviciilor profilactice și curative prestate, inclusiv pentru situații de urgență, stabilite în Programul unic 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. Solicitarea se efectuează pe formulare de model aprobat, completate conform cerințelor acestora și confirmate prin aplicarea doar a parafei medicului de familie.

27. Medicul de familie cu acordul Consiliului Medical Consultativ al Centrului Medicilor de Familie selectează și organizează acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu în conformitate cu actele normative în vigoare, eliberând billet de trimitere pentru prestator, unde va indica datele examenului clinic a pacientului, recomandările privind manoperele îngrijirilor medicale necesare conform indicațiilor medicale, periodicitatea și durata acordării lor.

28. În cazul, când instituția medico-sanitară de asistență medicală primară nu dispune de capacitățile necesare pentru efectuarea investigațiilor paraclinice și de diagnostic, prevăzute pentru asistența medicală primară în Capitolul III a prezentelor Norme metodologice, efectuarea acestora se va realiza în cadrul altor instituții medicale de orice nivel, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale încheiate bilateral.

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

30. Conducătorul instituției medico-sanitare primare asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății. Întocmirea și utilizarea formularelor de evidență medicală primară, care nu sunt aprobate de Ministerul Sănătății sau introducerea modificărilor neautorizate în formularele respective de evidență, aprobate prin ordinele Ministerului Sănătății, este interzisă.

31. În cazurile, când starea pacientului sau stabilirea/precizarea diagnosticului și aprecierea tacticii de tratament în continuare a maladiei depășește competența medicului de familie, sau conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare supravegherea maladiei date se face de către sau de comun acord cu medicul specialist de profil, medicul de familie organizează trimiterea pacientului respectiv la alt nivel de asistență medicală în modul stabilit de Ministerul Sănătății.

În aceste cazuri consultația persoanei asigurate se efectuează de către medicul specialist de profil din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, iar consultația persoanei neasigurate se efectuează contra plată (cu excepția persoanelor neasigurate, diagnosticate cu infecția HIV/SIDA), în modul stabilit, în corespundere cu Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

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

33. Organizarea consultației la medicul specialist de profil din altă instituție medico-sanitară se efectuează în temeiul biletului de trimitere (formular 027/e),

completat conform cerințelor respective, cu indicarea diagnosticului, datelor despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor efectuate, inclusiv în dinamică, care confirmă diagnosticul/sau suspectii la maladia dată, rezultatele examenelor profilactice efectuate (control la scabie și pediculoză, examenul ginecologic oncoprofilactic, tonometria oculară, microradiografia), tratamentul efectuat și scopul trimiterii la consultație (confirmarea diagnosticului, stabilirea tacticii de tratament etc.). Concomitent, se indică, după caz, numărul poliței de asigurare și/sau numărul de identificare al pacientului. Biletul de trimitere cu antetul instituției medico-sanitare primare se autentifică doar prin aplicarea parafei medicului de familie.

La trimiterea pentru consultație programată, medicul de familie asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, în limita competenței profesionale.

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

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

36. Programarea internărilor în cadrul instituțiilor medico-sanitare raionale/municipale se efectuează prin coordonare, cu conducătorul sau persoanele responsabile din instituțiile abilitate, după caz prin telefon, înregistrând data respectivă în documentația medicală primară. Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 33, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programata în secția...*”, sau „*Se trimite pentru internare urgenta în secția...*”.

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

38. 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 preîntâmpinarea sau restrângerea epidemiei/endemiei, organizând internarea urgentă. În aceste cazuri, medicul de familie asigură supravegherea contactilor din focar, cu organizarea măsurilor de rigoare în vederea excluderii răspândirii maladiilor în cauză, în modul stabilit de actele normative în vigoare.

39. La externarea din spital, medicul de familie asigură supravegherea tratamentului de susținere a pacientului în condiții de ambulator, cu efectuarea, conform indicațiilor medicale și recomandărilor, a investigațiilor paraclinice și de diagnostic, în volumul stabilit de actele normative în vigoare pentru asistența medicală primară.

Asistența medicală specializată de ambulator

40. 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 și persoanelor neasigurate în cazul infecției HIV/SIDA.

41. 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:

- a) asigurarea cu cadre medicale;
- b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabile necesare;
- c) planificarea corectă a timpului de muncă, ținând cont de specificul specialității în vederea asigurării accesului populației la serviciile respective;
- d) programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar;
- e) organizarea procesului de programare la medicul specialist de profil conform înscrierii efectuate nemijlocit de către pacient la acesta, în baza biletului de trimitere al medicului de familie;
- f) organizarea evidenței și supravegherii medicale a pacienților cu maladii care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil;
- g) organizarea de către medicul obstetrician-ginecolog a supravegherii și monitorizării evoluției sarcinii femeilor gravide din grupul de risc conform planului de conduită cu antrenarea, la necesitate, a altor medici-specialiști și consultarea medicului de familie;
- h) coordonarea și acordarea suportului consultativ-metodic instituțiilor de asistență medicală primară în conduita maladiilor cu impact asupra sănătății publice;
- i) monitorizarea situației în teritoriu privind morbiditatea și măsurile întreprinse, inclusiv la nivel de administrație publică locală, pentru maladiile cu impact asupra sănătății publice;
- j) organizarea și participarea la realizarea activităților necesare în focarele de boli infecțioase;
- k) 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 medicală, care prestează servicii de asistență medicală specializată de ambulator, asigură cu transport deplasarea în teritoriu a medicilor specialiști de profil.

42. Consultația medicului specialist de profil din teritoriu se acordă persoanelor asigurate în baza biletului de trimitere eliberat de către:

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

43. Specialiștii de profil acordă și la domiciliu asistență medicală specializată de ambulator (*consultație medicală/de control*) în cazul în care medicul de familie a solicitat în scris și a argumentat necesitatea acordării acesteia în condiții de domiciliu. În aceste cazuri, la necesitate, instituția medicală primară asigură cu transport deplasarea la domiciliu a medicului specialist de profil.

44. Prezentarea repetată a pacientului pentru următoarele consultații în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără un nou bilet de trimitere și se organizează de medicul specialist respectiv, conform programării în modul stabilit.

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

a) dacă în intervalul de timp (*între 2 prezentări*), pînă la o nouă consultație, bolnavul nu trebuie monitorizat de către medicul de familie;

b) 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.

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

În cazul cînd persoana, trimisă la consultație necesită investigații suplimentare pentru confirmarea diagnosticului și supravegherea în dinamică, investigațiile respective se efectuează în volumul prevăzut de actele normative în vigoare, în baza biletului de trimitere a medicului specialist de profil din contul surselor financiare ale asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești.

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

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

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

50. În cazul, cînd instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial nu dispun de capacitățile necesare pentru efectuarea asistenței medicale specializate de ambulator, prevăzută de Programul unic, aceasta se va realiza în cadrul altei instituții medico-sanitare publice atît de nivel teritorial, cît și național, în baza contractelor de prestare a serviciilor medicale, încheiate bilateral. Costurile la serviciile medicale prestate sunt negociabile, dar nu pot depăși mărimea stabilită în Catalogul unificat de tarife pentru serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale.

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

52. În cazul efectuării consultației respective de către medicul specialist din alt teritoriu, 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.

53. La necesitatea efectuării tratamentului sub supravegherea specialistului de profil, acesta înregistrează fiecare vizită repetată în cadrul cazului respectiv de boală, în baza biletului de trimitere (formular 027/e), care a fost eliberat primar de către medicul de familie pentru cazul dat.

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

55. 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 publice republicane prin intermediul Consiliului Medical Consultativ. Trimiterea se efectuează pentru persoanele care inițial au avut bilet de trimitere la consultația medicului specialist de profil eliberat în condițiile stabilite în punctele 41 și 44.

56. Biletul de trimitere se completează conform cerințelor stabilite în punctul 32, cu mențiunea „*Se trimite pentru internare programata în secția..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, proces verbal CMC nr. din ...*” sau „*Se trimite pentru consultație/investigație de înaltă performanță în..., conform deciziei Consiliului Medical Consultativ proces verbal CMC nr. din. .*”

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

58. La necesitatea efectuării consultațiilor altor specialiști de profil, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare publice de nivel național (republicane) pentru cazul respectiv de boală, specialistul de profil din instituția medico-sanitară publică republicană recomandă și organizează efectuarea acestor consultații persoanei asigurate, cu eliberarea unui nou bilet de trimitere în locul celui primar, fără a lua în considerație prevederile punctului 56.

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

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

61. Organizarea consultului persoanelor asigurate de către colaboratorii catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, care

activează în cadrul secțiilor consultative/policlinicilor și instituțiilor medico-sanitare, se realizează în conformitate cu mecanismul expus la capitolul dat.

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

Asistența medicală stomatologică

63. Asistența medicală stomatologică în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice. Pentru realizarea volumului de asistență medicală stomatologică, conducătorul instituției medico-sanitare publice respective asigură condițiile necesare prin:

- a) asigurarea cu cadre medicale;
- b) dotarea corespunzătoare cu echipament, medicamente și consumabilele necesare;
- c) organizarea examenelor medicale în grădinițe, instituții de învățământ secundar general și profesional;
- d) monitorizarea situației privind prestarea serviciilor de asistență medicală stomatologică și întreprinderea măsurilor ce se impun pentru realizare.

Asistența medicală spitalicească

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

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

- a) asigurarea cu cadre medicale și echipamentul respectiv;
- b) dotarea corespunzătoare a instituției cu medicamente și consumabile necesare, incluse în formularul farmacoterapeutic al instituției medico-sanitare în cauză;
- c) condiții necesare pentru supravegherea pacienților în secția de internare;
- d) asigurarea condițiilor hoteliere în corespundere cu normele sanitare în vigoare;
- e) asigurarea alimentației, conform normativelor stabilite pentru afecțiunea respectivă;
- f) organizarea efectuării oportune și în volum deplin a manoperelor medicale specifice, investigațiilor instrumentale și de laborator, consultațiilor specialiștilor, conform indicațiilor medicale prescrise de medicul curant, medicii consultanți și/sau Consiliul Medical pentru maladia de bază, precum și pentru maladiile concomitente stabilite și care influențează rezolvarea cazului;

66. 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.

67. Internarea de urgență sau necondiționată în spital se efectuează independent de prezența poliței de asigurare:

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

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

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

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

68. Pacientului internat în mod urgent i se organizează în mod obligatoriu efectuarea investigațiilor necesare pentru stabilirea diagnosticului și excluderea afecțiunilor cu impact asupra sănătății publice, cu înregistrarea ulterioară a rezultatelor acestora în extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar.

69. Internarea gravidelor cu urgențe obstetricale (sarcina 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 cu scop de evidență și prezentare ulterioară agențiilor teritoriale ale CNAM în vederea eliberării acesteia a poliței de asigurare. În certificat se va indica obligatoriu momentul survenirii evenimentului, care a condiționat internarea de urgență și se va specifica termenul pentru care urmează a fi eliberată polița de asigurare (perioada sarcinii, patrumentei și lăuziei, după caz).

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

71. Internarea programată, inclusiv în cazurile spitalizării contra plată, se efectuează doar în baza biletului de trimitere, de la medicul de familie sau medicului specialist de profil din secția consultativă, care se întocmește după cum urmează:

a) în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie, conform deciziei Consiliului Medical Consultativ, coordonată cu spitalul respectiv;

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

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

72. 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.

La indicații medicale și sociale stabilite de Consiliul Medical Consultativ, pentru întreruperea sarcinii, confirmată prin examenul clinic și ultrasonografic, gravidele urmează a fi spitalizate programat. În aceste cazuri, în prealabil urmează a confirma statutul de persoană asigurată prin prezentarea poliței de asigurare.

73. 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, suportate de instituția medico-sanitară respectivă sunt incluse în costul cazului tratat.

74. Pacienții afectați de infecția HIV/SIDA sunt spitalizați atât la trimiterea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, cât și în cazul adresării directe a pacientului.

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

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

77. 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 condițiile prevăzute în punctele 71 – 76. Planificarea numărului și profilului pacienților tematici se face din timp, de comun acord cu administrația instituțiilor medico-sanitare publice, fără a perturba procesul diagnostico-curativ și principiul proporționalității, stabilit pentru fiecare unitate administrativ-teritorială.

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

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

Persoanei asigurate internate în mod urgent, neinvestigat anterior în condiții de ambulator, i se organizează în mod obligatoriu efectuarea MRS cu sânge colectat din

venă, pentru bolnavi de la vârsta de 15 ani, analiza fecalelor la ouă de helminți, microradiografia și examenul ginecologic, cu înregistrarea ulterioară a rezultatelor acestora în extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar.

80. 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 de nivel teritorial sau republican.

81. În perioada de noapte, secțiile de internare ale spitalelor asigură pînă în dimineața zilei următoare supravegherea persoanelor (pacienților) transportate de ambulanță sau care s-au adresat direct în orele tîrzii ale serii după ajutor medical, dar care, conform indicațiilor medicale, nu necesită spitalizare și urmează a fi tratate în condiții de ambulator. Cheltuielile respective vor fi acoperite din contul mijloacelor alocate secțiilor de internare, conform prevederilor din Capitolul IV al prezentelor Norme metodologice.

În cazul când bolnavii internați nedeplasabili, cu excepția urgențelor psihiatrice, narcologice și a bolnavilor de tuberculoză, necesită transferare programată pentru continuarea tratamentului spitalicesc în spitalele de profil, instituția organizează transportarea medicală asistată a acestora cu transportul propriu, 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

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

83. Instituțiile medico-sanitare respective, informează instituțiile medico-sanitare de nivel teritorial și național, inclusiv Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, despre numărul investigațiilor garantate fiecărui teritoriu sau instituții de nivel național, ținînd cont de numărul populației, indicatorii înregistrați ai morbidității, solicitarea instituției, etc.

84. Investigațiile (serviciile medicale) de înaltă performanță solicitate sunt prestate în baza biletului de trimitere, completat în modul stabilit de medicul specialist de profil, în limita cotelor stabilite pentru teritoriul sau instituția dată.

85. 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.

86. Serviciile medicale de înaltă performanță, necesare pentru rezolvarea, conform protocoalelor clinice și standardelor medicale în vigoare, a cazurilor de boală la pacienții internați în secțiile spitalicești, se acordă de către instituțiile medico-sanitare,

prestatoare de servicii medicale de înalta performanță, în bază de contract încheiat între acestea și instituția spitalicească respectivă.

Îngrijiri medicale la domiciliu

87. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, la care au dreptul persoanele asigurate, sunt acordate de către prestatorii autorizați în conformitate cu prevederile legale în vigoare, care sunt contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în condițiile prevăzute de prezentele Norme metodologice.

88. Pentru pacienți se efectuează următoarele manopere medicale, ce țin de domeniul îngrijirilor medicale la domiciliu, în conformitate cu actele normative, aprobate de Ministerul Sănătății:

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

b) îngrijirea plăgilor, escarelor, ulcerelor trofice etc.;

c) îngrijirea stomelor (traheostomă, gastrostomă, ș.a.) și îngrijirea pacienților cu anus contra naturii;

d) spălături: oculara, auriculara, vaginala și gastrică;

e) clisme cu scop evacuator și cu scop terapeutic;

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

g) îngrijiri paleative în condiții de domiciliu;

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

i) prevenirea escarelor de decubit;

Manoperele medicale menționate pot fi acordate și în cadrul cazului asistat de îngrijiri medicale prestate beneficiarilor respectivi în condiții de hospice.

89. Prestatorul efectuează îngrijiri medicale persoanelor asigurate, 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) aprobat de Consiliul Medical Consultativ al Centrului Medicilor de Familie, inclusiv și în cazurile când îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil din secțiile spitalicești și de ambulator.

90. Asigurarea cu medicamente, materiale sanitare (consumabile), necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale, se realizează de către prestatorii autorizați, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină, din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Reglementări comune de caracter special

91. Pentru localitățile rurale, cu acces geografic limitat la instituțiile medico-sanitare publice specializate de ambulator și spitalicești din teritoriul său de deservire,

poate fi organizată asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cadrul unei instituții medico-sanitare publice din alt teritoriu, situată mai favorabil din punct de vedere geografic și contractată de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor respective populației din localitățile date.

92. Organizarea asistenței medicale specializate de ambulator și spitalicești în cadrul instituției medico-sanitare publice din alt teritoriu, în astfel de cazuri se efectuează la solicitarea populației, cu acordul autorităților administrației publice locale și instituțiilor medico-sanitare din ambele teritorii. În toate aceste cazuri atașarea pacienților la instituțiile medico-sanitare respective se admite cu acordul Ministerului Sănătății.

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

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

95. Populația din localitățile limitrofe, pentru care în temeiul și cu respectarea condițiilor prevăzute în puncte 90 și 92 a fost încheiat un contract de prestare a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau un contract bilateral între instituții, beneficiază de servicii medicale respective în volumul stabilit de Programul unic. În toate aceste cazuri, trimiterea la consultații sau internare în instituția altui teritoriu se va efectua de către medicul de familie, care deservește localitatea dată, în baza biletului de trimitere (*formular 027/e*), completat conform cerințelor stabilite la punctul 35 al prezentelor Norme metodologice.

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

97. Deficiențele înregistrate în organizarea trimiterii persoanelor asigurate la instituțiile medico-sanitare publice de nivel teritorial sau național cât și privind volumul investigațiilor efectuate la nivelul (etapa) precedent(ă), se 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.

98. La constatarea permanentă a deficiențelor respective, documentate cu dovezi argumentate privind cheltuielile suplimentare, suportate de către instituțiile medico-sanitare publice de nivel teritorial sau național din cauza prestării sub nivelul necesar și

volumul stabilit a serviciilor medicale acordate pacienților trimiși de către instituțiile medico-sanitare de la etapa precedentă, se va lua decizia de restituire a cheltuielilor respective în baza facturilor prezentate, în temeiul acordului semnat de ambele instituții, iar în caz de conflict, - după coordonare cu Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Capitolul III. Lista investigațiilor paraclinice

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

- a) Lista investigațiilor paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală primară;
- b) Lista investigațiilor paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală specializată de ambulator.

100. Serviciile medicale paraclinice la nivel de asistență medicală primară se efectuează, conform indicațiilor medicale, la prescrierea medicului de familie, indiferent de statutul persoanei (atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate).

101. Serviciile medicale paraclinice la nivel de asistență medicală specializată de ambulator se efectuează persoanelor asigurate, (iar persoanelor neasigurate – doar în cazul maladiei HIV/SIDA), la prescrierea medicului specialist de profil, în cazul când pacientul se prezintă la acesta pentru asistență medicală în conformitate cu punctul 15 al Programului unic.

102. 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.

103. Serviciile de fizioterapie și asistență medicală de reabilitare sunt acordate pacienților în volumul stabilit de prezentele Norme metodologice:

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

a) Lista investigațiilor paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală primară

1. Determinarea parametrilor clinici:

- Analiza generală a sîngelui
- Dozarea hemoglobinei
- Numărătoarea eritrocitelor
- Numărătoarea leucocitelor
- Formula leucocitară
- Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)
- Numărătoarea reticulocitelor
- Hematocritul (determinarea volumului eritrocitar)
- Depistarea celulelor lupice
- Numărătoarea trombocitelor

Determinarea timpului de sîngerare
Frotiu urogenital
Determinarea Helicobacter pylori în frotiu
Analiza generală a urinei
Dozarea glucozei în urină
Dozarea cuprului în urină (boala Wilson)
Proba Neciporenko
Identificarea corpilor urobilinici
Identificarea pigmentilor biliari în urină
Identificarea corpilor cetonic
Microscopia sedimentului urinar (eritrocite schimbate, neschimbate)
Examenul materiilor fecale prin coproscopie
Identificarea corpilor urobilinici (stercobilinei)
Depistarea helminților în materiile fecale prin metode unificate
Identificarea sîngelui în materiile fecale
Examenul sputei (flegmei)
Cercetări la MBT în materialul biologic
Examenul conținutului duodenal
Explorarea secreției gastrice

2. Determinarea parametrilor biochimici:

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

Dozarea bilirubinei directe

Dozarea acidului uric

3. Hemostaza:

Indexul protrombinic

Fibrinogenul

4. Determinarea parametrilor imunologici

Determinarea antistreptolizinei-O (test cu latex)

Determinarea factorului reumatoid (test cu latex)

Determinarea proteinei C reactive (test cu latex)

Determinarea grupei sanguine AB0

Determinarea factorului D (Rh 0)

Determinarea factorului C (rh/)

Determinarea factorului E (rh//)

Reacția de fixare a complementului (RW)

TPHA (sifilis)

AgHBs

5. Investigații citomorfologice:

Citologia exfoliativă (cercetarea celulelor atipice în cadrul examenului profilactic)

Cercetări citologice după investigațiile endoscopice

6. Investigații morfopatologice:

Investigație morfopatologică de diagnostic al materialului biopsic, inclusiv endoscopic

7. Diagnosticul funcțional

a) Investigații electrocardiografice:

Electrocardiografia în stare de repaos (12 derivații)

Electrocardiografia cu derivații auxiliare (până la 6 derivații)

b) Investigații ale funcției ventilației pulmonare:

Pneumotahometria

Spirografia

8. Imagistică medicală

a) Investigații ecografice:

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

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

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

Ecografia organelor sistemului urinar (rinichii, glandele suprarenale)

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

Examen ecografic transvaginal

Examen ecografic transabdominal în primul trimestru de sarcină

Examen ecografic transvaginal în primul trimestru de sarcină
Examen ecografic în trimestrele II-III de sarcină
Ecocardiografie fetală
Examen ecografic în sarcină cu scop de screening (cu excepția primului trimestru)
Examen ecografic în sarcină cu scop diagnostic
Examen ecografic în sarcină, eventual amniocenteza și analiza cromozomială la gravide după 35 ani și la gravide cu anamneza genetic complicată
Examen ecografic al glandei tiroide
Examen ecografic al glandei mamare
Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă simplă
Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă biplan
Aprecierea ecografică a reziduuului de urină
Aprecierea colecțiilor libere în una din cavități (pleurală, abdominală) sau în spațiul retroperitoneal
Examen ecografic al scrotului
Examen ecografic al encefalului prin fontanelă sau prin orificiu trepanat+Doppler
Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice
Examen ecografic în determinarea cineticii unui sistem excretor (căile biliare, urinare etc.)

9. Investigații de radiodiagnostic:

a) Organele cutiei toracice:

Radiografia laringelui într-o incidență
Radioscopia organelor cutiei toracice
Radioscopia polipozițională a organelor cutiei toracice cu indicarea localizării (nivelului) procesului patologic
Radiografia cutiei toracice într-o incidență
Radiografia cutiei toracice în două incidențe
Radiografia cutiei toracice în trei incidențe
Radioscopia și radiografia cordului în trei incidențe
Radioscopia și radiografia cordului în două incidențe
Radiofotografia cutiei toracice într-o incidență
Radiofotografia cutiei toracice în două incidențe
Radiofotografia cutiei toracice în trei incidențe
Radiografia toracelui în decubit lateral
Microradiofotografia

b) Glanda mamară:

Mamografia unei glande mamare în două incidențe
Mamografia ambelor glande mamare în câte două incidențe
Mamografia cu amplificarea imaginii

c) Tubul digestiv:

Radiografia cavității abdominale într-o incidență

Radioscopia polipozițională și radiografia esofagului
Radioscopia polipozițională și radiografia stomacului
Irigoscopia și irigografia
Colecistografia

d) Urologie și ginecologie:

Urografia
Histerosalpingografia

e) Sistemul osteo-articular:

Radiografia sinusurilor paranazale
Radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale în trei incidente
Radiografia funcțională a regiunii cervicale a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale cu probe funcționale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale cu probe funcționale în trei incidente
Radiografia osului sacral și a coccisului în două incidente
Radiografia articulației șoldului într-o incidență
Radiografia articulației șoldului în două incidente
Radiografia oaselor bazinului într-o incidență
Radiografia articulației humerale în două incidente
Radiografia oaselor brațului în două incidente
Radiografia oaselor antebrățului în două incidente
Radiografia articulației cotului în două incidente
Radiografia articulației radio-carpene în două incidente
Radiografia mâinii în două incidente
Radiografia femurului în două incidente
Radiografia articulației genunchiului în două incidente
Radiografia gambei în două incidente
Radiografia articulației taloocrurale în două incidente
Radiografia plantei în două incidente
Radiografia articulațiilor sacro-iliace într-o incidență
Radiografia calcaneului într-o incidență
Radiografia calcaneului în două incidente
Radiografia piciorului plat (bilateral) în două incidente

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

a) Electroterapia:

Electroforeza (cu orice formă de curent)
Curenții diadinamici
Amplipulsterapia

Darsonvalizarea locală

Magnetoterapia

Inductotermia

b) Aerosolo - și electro-aerosoloterapia:

Aerosoloterapia

c) Fototerapia:

Raze ultraviolete (tubus)

d) Terapia cu energie mecanică:

Ultrasonoterapia

e) Termoterapia:

Aplicația cu parafină și ozocherită

f) Kinetoterapia:

Kinetoterapie (individual și în grup)

g) Masajul curativ:

Masaj curativ în paraliza cerebro-spinală la copii și adulți

11. Endoscopia de diagnostic:

Esofagogastroduodenofibroscopia

Esofagogastroduodenofibroscopia cu prelevarea endobiopsiei

Esofagogastroduodenofibroscopia cu PH-metrie

b) Lista investigațiilor paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală specializată de ambulator

1. Determinarea parametrilor clinici:

Analiza generală a sîngelui

Dozarea hemoglobinei

Numărătoarea eritrocitelor

Numărătoarea leucocitelor

Formula leucocitară

Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Numărătoarea reticulocitelor

Hematocritul (determinarea volumului eritrocitar)

Depistarea celulelor lupice

Numărătoarea trombocitelor

Determinarea timpului de sîngerare

Frotiu urogenital

Determinarea *Helicobacter pylori* în frotiu

Analiza generală a urinei

Dozarea glucozei în urină

Dozarea cuprului în urină (boala Wilson)

Proba Neciporenko

Identificarea corpurilor urobilinici
Identificarea pigmentilor biliari în urină
Identificarea corpurilor cetonic
Microscopia sedimentului urinar (eritrocite schimbate, neschimbate)
Examenul materiilor fecale prin coproscopie
Identificarea corpurilor urobilinici (stercobilinei)
Depistarea helminților în materiile fecale prin metode unificate
Identificarea sîngelui în materiile fecale
Examenul sputei (flegmei)
Cercetări la MBT în materialul biologic
Examenul conținutului duodenal
Explorarea secreției gastrice
Examinarea citologică a lichidelor exudative
Examinarea citologică a sputei
Examinarea citologică a urinei
Examinarea la treponema palidă în câmp întunecat
Efectuarea probei la determinarea drogurilor în remediile biologice ale organismului
Depistarea agentului cauzat în scabie prin investigație microscopică
Depistarea agentului cauzat în dermatofitii (bacterioscopic)

2. Determinarea parametrilor biochimici:

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

Dozarea bilirubinei directe

Dozarea acidului uric

3. Hemostaza:

Indexul protrombinic

Fibrinogenul

4. Determinarea parametrilor imunologici

Determinarea antistreptolizinei-O (test cu latex)

Determinarea factorului reumatoid (test cu latex)

Determinarea proteinei C reactive (test cu latex)

Determinarea grupei sanguine AB0

Determinarea factorului D (Rh 0)

Determinarea factorului C (rh/)

Determinarea factorului E (rh//)

Reacția de fixare a complementului (RW)

TPHA (sifilis)

Ag Hbs

5. Determinarea parametrilor bacteriologici:

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

Investigații microbiologice la gonoree, tricomonoză

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

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

Frotiu din faringe și cavitatea nazală în scopul depistării stafilococului patogen

6. Investigații citomorfologice:

Citologia exfoliativă (cercetarea celulelor atipice în cadrul examenului profilactic)

Cercetări citologice după investigațiile endoscopice

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

7. Investigații morfopatologice:

Investigație morfopatologică de diagnostic al materialului biopsic, inclusiv endoscopic

8. Servicii microbiologice diagnostice

A. investigații bacteriologice

Cercetare a sângelui prin hemocultură

Cercetare bacteriologică a bilei

Cercetare bacteriologică a urinei

Cercetare a lichidului cefalorahidian

Cercetare bacteriologică a organelor respiratorii prin metoda calitativă
 Cercetare bacteriologică a organelor respiratorii prin metoda cantitativă
 Cercetare bacteriologică a sputei prin metoda calitativă
 Cercetare bacteriologică a sputei prin metoda cantitativă
 Cercetare bacteriologică a lichidului de lavaj bronșic
 Cercetare bacteriologică a eliminărilor din ochi
 Cercetare bacteriologică a eliminărilor din urechi
 Cercetare bacteriologică a plăgilor
 Cercetare bacteriologică a punctatelor din sinusuri
 Cercetare bacteriologică a materialului biopsic
 Cercetare bacteriologică a materialului necroptic
 Cercetare bacteriologică a eliminărilor organelor reproductive și urogenitale
 Cercetare bacteriologică la dismicrobism vaginal
 Cercetare bacteriologică la dismicrobism intestinal
 Cercetare bacteriologică a maselor fecale la agenți patogeni (Salmonella, Shigella, E.Coli pat.)
 Cercetare bacteriologică la campylobacterioză
 Cercetare bacteriologică la iersinioză
 Cercetare bacteriologică a maselor fecale la holeră
 Cercetare bacteriologică a toxicoinfecțiilor alimentare
 Cercetare bacteriologică la difterie
 Cercetare bacteriologică la tusa convulsivă și para pertussis
 Cercetare bacteriologică la meningite
 Cercetare bacteriologică la micoplasmă, ureaplasmă și gardneriloză
 Cercetare bacteriologică la gonoree, trihomoză
 Cercetare bacteriologică a biosubstratelor la candidomicoză
 Cercetare bacteriologică la listerioză
 Cercetare bacteriologică la leptospiroză
 Cercetare bacteriologică la tularemie
 Cercetare bacteriologică la antrax
 Cercetare bacteriologică la bruceloză
 Cercetare bacteriologică la legioneloză
 Cercetare bacteriologică la tuberculoză

B. Investigații coproparazitologice:

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

Cercetarea maselor fecale la fascioloză prin metoda Dimidov

Examinarea maselor fecale la strongiloidoză prin metoda cultivării Dăncescu

C. Investigații parazitologice speciale :

Examinarea la enterobioză (oxiuroză) și teniarinchoză prin metoda Rabinovici

Examinarea conținutului duodenal și a bilei la strongiloidoză, fascioloză și opistorchoză

Examinarea sputei și secrețiilor bronșiale la pneumocistoză

Examinarea sputei și secrețiilor bronșiale la criptosporidioză

Examinarea bioptatului la trichineloză prin metoda trichineloscopiei

Examinarea la echinococoză a lichidului hidatic obținut prin puncte sau la eruperea chistului

Examinarea urinei la schistozomoza urogenitală, strongiloidoză și dioctofimoză

Examinarea la demodecoză a raclatului cutanat

Examinarea sângelui la malarie în picătura groasă

Examinarea sângelui la malarie în froțiul subțire

D. Investigații biologice

Investigații biologice la botulotoxină cu ser monovalent

Investigații biologice la botulotoxină cu ser polivalent

E. Investigații virusologice

Izolarea și identificarea virusurilor Cocksakie A

Izolarea și identificarea virusurilor Cocksakie B

Izolarea și identificarea virusurilor ECHO

Detecția ROTAVIRUS-ului

F. Investigații serologice

Reacția de aglutinare cu antigenul de tularemie (RA)

Reacția de aglutinare în yersinioza intestinală și pseudotuberculoza (RA)

Reacția de aglutinare la tularemie (RA)

Reacția de aglutinare la yersinioze (RA)

Reacția de aglutinare în tusea convulsivă (RA)

Reacția de latex aglutinare la haemophilus influenzae (RLA)

Reacția de latex aglutinare la streptococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare la stafilococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare la meningococi (RLA)

Reacția de latex aglutinare în mononucleoza infecțioasă (RLA)

Reacția slaid aglutinare la leptospiroză

Reacția de microaglutinare și liză la leptospire (RMAL)

Reacția Cumbs la bruceloză

Reacția Heddson și Rait la bruceloză

Reacția de hemaglutinare indirectă în rujeolă (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în difterie (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă în tetanos (RHAI)

Reacția de hemaglutinare indirectă tusea convulsivă / pertusis (RHAI)
Reacția de hemaglutinare indirectă în tularemie (RHAI)
Reacția de hemaglutinare indirectă în tifos exantematic și boala Brill (RHAI)
Reacția de hemaglutinare indirectă în sifilis (TPHA)
Reacția de hemaglutinare pasivă în salmoneloze (RHAP)
Reacția de hemaglutinare pasivă în șigeloze (RHAP)
Reacția de hemaglutinare pasivă în yersinioze (RHAP)
Reacția de hemaglutinare în hlamidioze (RHAI)
Reacția de hemaglutinare în leptospiroze (RHAI)
Reacția de hemaglutinare în bruceloză (RHAI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în borelioză Ac IgG/IgM (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în legioneloză (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în Febra Q (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă indirectă în hlamidioze (RIFI)
Reacția imuno fluorescentă directă în pesta
Reacția de fixare a complementului în Febra Q (RFC)
Reacția de fixare a complementului în rickettsioză (RFC)
Reacția de fixare a complementului în tifos exantematic și boala Brill (RFC)
Reacția imunoenzimatică în rujeolă (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în rubeolă (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în oreion (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în Hib- haemophilus influenzae tip B (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în difterie (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tetanos (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tusea convulsivă / pertusis (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în borelioza Lyme (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în bruceloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în tularemie (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în hlamidioze (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în micoplazmoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în ureaplasma (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în legioneloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în toxoplasmoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în toxocaroză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în opistorhoza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în cisticercoza/teniaza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în lambliaza (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în aspergiloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în echinococoză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în trichineloză (ELISA)
Reacția imunoenzimatică în helicobacter (ELISA)

Reacția imunoenzimatică în candidoza (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în febra Crimeea Congo (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în febra West Nil (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în HIV/SIDA (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală A determinarea Anti-HAV sumar (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală A determinarea Anti-HAV IgM (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBs (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBs (ELISA) test confirmător
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HBs (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HB core sumar (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HB-core IgM (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBe (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea Anti-HBe (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Anti-HCV sumar (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Anti-HCV IgM (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Ag-HCV (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Anti-HD sumar (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Anti-Delta IgM (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală D determinarea Ag-Delta (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în hepatita virală E determinarea Anti-HEV IgM (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în Epstein Barr determinare Anti-EBV (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în cytomegalovirus (ELISA)
 Reacția imunoenzimatică în herpes simplex tip I și II (HSV I, II) (ELISA)
 Reacția Western-Blot în HIV/SIDA
 Reacția Western-Blot în borelioză (boala Lyme)
 Reacția Western-Blot în hepatita virală C
 Reacția de neutralizare (seruri pare) la poliomielită și enterovirusi
 Reacția de latexaglutinare în rotaviroze (RLA)
 Depistarea antigenului gripal A (H1N1)
 Depistarea antigenului paragripal 1 + 2
 Depistarea antigenului adenovirus
 Determinarea anticorpilor IgM anti HSV tip 2
 Depistarea antigenului gripal A (H3N2)
 Depistarea antigenului gripal B
 Depistarea anticorpilor antigripali A (H1N1)
 Depistarea anticorpilor antigripali A (H3N2)

Depistarea anticorpilor antigripali B
Depistarea antigenului paragripal 3
Depistarea anticorpilor antiparagripali tip I
Depistarea anticorpilor antiparagripali tip II
Depistarea anticorpilor antiparagripali tip III
Depistarea anticorpilor antiparagripali tip IV
Depistarea antigenului RSV

9. Diagnosticul funcțional

a) Investigații electrocardiografice:

Electrocardiografia în stare de repaos (12 derivații)
Electrocardiografia cu derivații auxiliare (până la 6 derivații)
Electrocardiografia cu test funcțional (hiperventilație, probe vagale, efort fizic nedozat etc.)
Electrocardiografia cu efort fizic dozat (cicloergometria)

b) Investigații reografice:

Reografia (reoencefalografia, reovazografia) – 2 regiuni simetrice
Reografia cu test funcțional
Reografia cu test farmacologic (pentru fiecare înregistrare, cu preparat farmacologic)
Reografia computerizată

c) Investigații ale funcției ventilației pulmonare:

Pneumotahometria
Spirografia

d) Fotopletismografia:

Fotopletismografia (aprecierea componentei pulsatile) până la 5 regiuni simetrice
Fotopletismografia (aprecierea funcției valvulare a venelor profunde)

e). Electroencefalografia:

Electroencefalografia cu teste funcționale (hiperventilație, stimulare optică)
Înregistrarea potențialelor evocate EEG pentru fiecare tip de stimulare (optic, auditiv, somato-senzor)

10. Imagistică medicală

a). Investigații ecografice:

Examen ecografic complex (organele cavității abdominale+organele sistemului urogenital)
Examen ecografic complex (organele cavității abdominale+organele sistemului urinar)
Ecografia organelor abdominale (ficatul, splina, vezica biliară, pancreasul)
Ecografia organelor sistemului urinar (rinichii, glandele suprarenale)
Ecografia organelor bazinului mic transabdominal (vezica urinară, prostata, uterul, ovarele)
Examen ecografic transvaginal

Examen ecografic transabdominal în primul trimestru de sarcină
Examen ecografic transvaginal în primul trimestru de sarcină
Examen ecografic în trimestrele II-III de sarcină
Ecocardiografie fetală
Examen ecografic în sarcină cu scop de screening (cu excepția primului trimestru)
Examen ecografic în sarcină cu scop diagnostic
Examen ecografic în sarcină, eventual amniocenteza și analiza cromozomială la gravide după 35 ani și la gravide cu anamneza genetic complicată
Examen ecografic al glandei tiroide
Examen ecografic al glandei mamare
Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă simplă
Examen ecografic al prostatei (transrectal) cu sondă biplan
Aprecierea ecografică a rezidului de urină
Aprecierea colecțiilor libere în una din cavități (pleurală, abdominală) sau în spațiul retroperitoneal
Examen ecografic al scrotului
Examen ecografic al encefalului prin fontanelă sau prin orificiu trepanat+Doppler
Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice
Examen ecografic în determinarea cineticii unui sistem excretor (căile biliare, urinare etc.)

b) Ecografie cardiacă (ecocardiografie):

Ecocardiografie (M, 2D)

11. Investigații de radiodiagnostic:

a) Organele cutiei toracice:

Radiografia laringelui într-o incidență
Radioscopia organelor cutiei toracice
Radioscopia polipozițională a organelor cutiei toracice cu indicarea localizării (nivelului) procesului patologic
Radiografia cutiei toracice într-o incidență
Radiografia cutiei toracice în două incidențe
Radiografia cutiei toracice în trei incidențe
Radioscopia și radiografia cordului în trei incidențe
Radioscopia și radiografia cordului în două incidențe
Radiofotografia cutiei toracice într-o incidență
Radiofotografia cutiei toracice în două incidențe
Radiofotografia cutiei toracice în trei incidențe
Radiografia toracelui în decubit lateral

b) Glanda mamară:

Mamografia unei glande mamare în două incidențe
Mamografia ambelor glande mamare în câte două incidențe
Mamografia cu amplificarea imaginii

c) Tubul digestiv:

Faringografia contrastantă într-o incidență
Radioscopia polipozițională a cavității abdominale
Radiografia cavității abdominale într-o incidență
Radioscopia polipozițională și radiografia esofagului
Radioscopia polipozițională și radiografia stomacului
Contrastarea primară dublă a stomacului
Pneumogastrografia fără sondă
Pneumogastrografia cu sondă
Duodenografia fără sondă
Duodenografia cu sondă
Radioscopia polipozițională și radiografia intestinului subțire
Irigoscopia și irigografia
Contrastarea primară dublă a intestinului gros
Colecistografia
Fistulografia cu radioscopie

d) Urologie și ginecologie:

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

e) Sistemul osteo-articular:

Radiografia craniului într-o incidență
Radiografia craniului în două incidențe
Radiografia orbitelor, claviculei (separat) într-o incidență
Radiografia cavității orbitale (cu proteza Baltin etc.)
Radiografia dinților
Radiografia sinusurilor paranazale
Radiografia antrurilor
Radiografia oaselor temporale după Shuler, Mayer, Steenvers etc.
Radiografia articulației temporo-mandibulare
Radiografia mandibulei
Radiografia omoplatului în două incidențe
Radiografia șei turcești
Radiografia oaselor nazale în două incidențe
Radiografia C1 prin gura deschisă

Radiografia regiunii cervicale a coloanei vertebrale în trei incidente
Radiografia funcțională a regiunii cervicale a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii toracice a coloanei vertebrale cu probe funcționale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale în două incidente
Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale cu probe funcționale în trei incidente
Radiografia osului sacral și a coccisului în două incidente
Radiografia articulației șoldului într-o incidență
Radiografia articulației șoldului în două incidente
Radiografia oaselor bazinului într-o incidență
Radiografia articulației humerale în două incidente
Radiografia oaselor brațului în două incidente
Radiografia oaselor antebrățului în două incidente
Radiografia articulației cotului în două incidente
Radiografia articulației radio-carpiene în două incidente
Radiografia mîinii în două incidente
Radiografia femurului în două incidente
Radiografia articulației genunchiului în două incidente
Radiografia gambei în două incidente
Radiografia articulației taloocrurale în două incidente
Radiografia plantei în două incidente
Radiografia articulațiilor sacro-iliace într-o incidență
Radiografia osului pubian într-o incidență
Radiografia axială a rotulei în două incidente
Radiografia calcaneului într-o incidență
Radiografia calcaneului în două incidente
Radiografia piciorului plat (bilateral) în două incidente
Fistulografia
Haimorografia

f) Tomografia convențională și computerizată:

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

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

a) Electroterapia:

Galvanizarea
Electroforeza (cu orice formă de curent)
Diagnosticul electric

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

b) Aerosolo - și electro-aerosoloterapia:

Aerosoloterapia
Speleoterapia artificială
Electro - aerosoloterapia

c) Fototerapia:

Determinarea biodozei
Iradieră locală și generală cu raze ultraviolete
Iradieră cu raze infraroșii și vizibile
Iradieră cu raze laser
Baie de lumină, PUVA-terapie
Raze ultraviolete (tubus)

d) Terapie cu energie mecanică:

Ultrasonoterapie
Ultrafonoforeza
Vibroterapie
Baroterapie locală
Terapie cu vid

e) Termoterapie:

Aplicația cu parafină și ozocherită

f) Oxigenoterapie:

Oxigenoterapie prin cocktail
Oxigenoterapie prin inhalații

g) Kinetoterapie:

Kinetoterapie (individual și în grup)

h) Masajul curativ:

Masaj curativ în paraliza cerebro-spinală la copii și adulți

13. Endoscopia de diagnostic:

Esofagogastroduodenofibroscopia

Esofagogastroduodenofibroscopia cu prelevarea endobiopsiei

Esofagogastroduodenofibroscopia cu PH-metrie

14. Examen audiologic:

Acumetria instrumentală

Audiometria reflectoră

Audiometria comportamentală

Audiometria tonală liminară

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

A. Particularitățile contractării pe tipurile de asistență medicală

104. Pentru anul 2010 este prevăzută contractarea următoarelor tipuri de asistență medicală:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească;
- b) asistența medicală primară;
- c) asistența medicală specializată de ambulator;
- d) asistența medicală spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu.

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

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

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

107. Plafoanele de cheltuieli pentru fiecare tip de asistență medicală sunt stabilite în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010, după cum urmează:

- a) asistența medicală urgentă prespitalicească – 294 044,0 mii lei;
- b) asistența medicală primară – 1 006 535,2 mii lei, inclusiv medicamente compensate – 112 000,0 mii lei;
- c) asistența medicală specializată de ambulator – 239 596,1 mii lei, inclusiv asistența stomatologică – 32 000,0 mii lei;

- d) asistența medicală spitalicească – 1 631 575,8 mii lei;
- e) servicii medicale de înaltă performanță – 75 036,7 mii lei;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu – 3 210,8 mii lei.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

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

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

109. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul de persoane identic celor înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a instituției de asistență medicală urgentă prespitalicească la 07.12.2009, ora 10⁰⁰.

110. Ca temei pentru achitarea bonificației se stabilește îndeplinirea următorului indicator de performanță:

- a) Indicator: *Asigurarea stației zonale cu medici.*

Criteriul de îndeplinire - asigurarea stației zonale cu medici (2,5 unități ocupate la 10 000 populație totală a teritoriului deservit).

111. Raportarea îndeplinirii indicatorului de performanță se face trimestrial. Evidența indicatorului nu este cumulativă.

112. Tariful „per capita” stabilit în asistența medicală urgentă prespitalicească este de 90,33 lei. Suma anuală constituie 287 778,7 mii lei.

113. Suma anuală pentru îndeplinirea indicatorului de performanță este de 2 265,3 mii lei.

Asistența medicală primară

114. Metoda de plată în asistența medicală primară este plata „per capita”.

115. La planificarea volumului de finanțare a serviciilor medicale va fi luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” la data de 07.12.2009 ora 10⁰⁰, ajustat la risc de vîrstă conform următoarelor grupuri :

- de la 0 - pînă la 4 ani 11 luni 29 zile
- de la 5 - pînă la 49 ani 11 luni 29 zile
- de la 50 ani și peste.

116. Sumele anuale destinate pentru asistența medicală primară se formează din:

a) suma de 894 535,2 mii lei, alocată *per capita* pentru volumul de asistență medicală primară prevăzut în Programul Unic (*inclusiv pentru serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie*) și prezentele Norme metodologice;

b) suma de 112 000,0 mii lei, alocată *per capita* pentru compensarea costului medicamentelor prescrise persoanelor înregistrate (asigurate și neasigurate) în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară.

117. Tarifele stabilite în asistența medicală primară sunt următoarele:

- a) tarif „per capita” pentru grupurile de vîrstă:

- de la 0- pînă la 4 ani 11 luni 29zile – 408,64 lei
- de la 5- pînă la 49 ani 11 luni 29zile – 240,38 lei
- de la 50 ani și peste – 360,57 lei.

b) suma-limită alocată instituțiilor medico-sanitare pentru prescrierea medicamentelor compensate se calculează conform formulei:

$S_{mc} = (N_{gr} \times T_{p/gr}) + (N_c \times T_{p/c}) + (N_{hta} \times T_{p/hta}) + (N_{dz} \times T_{p/dz}) + (N_{ps} \times T_{p/ps}) + (N_{pa} \times T_a)$,
unde:

S_{mc} – Suma-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate;

N_{gr} – Numărul așteptat de gravide caracteristice teritoriului deservit conform datelor CNMS;

$T_{p/gr}$ – Tarif per gravidă – 110,5 lei. Suma așteptată pe an constituie 4 492 584 lei;

N_c – Numărul de copii de la 0-pînă la 4 ani 11 luni 29zile conform Bazei de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

$T_{p/c}$ – Tarif per copil – 106,0 lei. Suma așteptată pe an constituie 12 104 246 lei;

N_{hta} – Numărul de bolnavi cu HTA conform datelor CNMS;

$T_{p/hta}$ – Tarif per persoană cu HTA – 80,0 lei. Suma așteptată pe an constituie 25 781 882 lei;

N_{dz} – Numărul de bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent conform datelor CNMS;

$T_{p/dz}$ – Tarif per persoană cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent – 233 lei. Suma așteptată pe an constituie 9 648 996 lei;

N_{ps} – Numărul de bolnavi cu afecțiuni psihice conform datelor CNMS;

$T_{p/ps}$ – Tarif per persoană cu afecțiuni psihice – 386,0 lei. Suma așteptată pe an constituie 8 679 982 lei;

N_{pa} – Numărul persoanelor asigurate conform Bazei de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

T_a – Tarif per capita pentru alte maladii – 16,1 lei. Suma așteptată pe an constituie 51 292 310 lei.

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

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

120. În cazul depășirii sumei semestriale planificate pe țară pentru compensarea medicamentelor, această depășire va fi reținută proporțional din contul instituțiilor medico-sanitare, care au depășit suma limită pentru prescrierea medicamentelor compensate.

Asistența medicală specializată de ambulator

121. Asistența medicală specializată de ambulator include:

a) asistența medicilor specialiști de profil;

b) asistența medicală stomatologică.

122. Asistența medicală stomatologică se împarte în:

- asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău;

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

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

1). Pentru asistența medicilor specialiști de profil:

a) „*per capita*”;

b) „*per caz tratat*”;

c) „*buget global*”;

d) „*plata retrospectivă per serviciu*” în limitele bugetului contractat.

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

- „*per capita*”;

- „*buget global*”.

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

- „*per capita*”.

126. La estimarea volumul contractual de servicii medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator va fi luat în calcul numărul de persoane asigurate identic celor înregistrate în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară situate în teritoriul de deservire a instituției de asistență medicală specializată de ambulator la 07.12.2009, ora 10⁰⁰.

127. Pentru prestatorii care oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilesc în baza tarifului „*per capita*”, achitat în limita sumei anuale de 160 000,0 mii lei în mărime de:

- 69,09 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău (suma alocată nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global);

- 77,90 lei pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți;

- 70,87 lei pentru instituțiile medico-sanitare raionale și din UTA Găgăuzia.

128. Finanțarea prestatorilor, care nu oferă servicii specializate de ambulator după principiul teritorial este stabilită în limita sumei anuale de 47 596,1 mii lei prin următoarele metode:

a) plata prin „*buget global*” - instituțiile medico-sanitare republicane, punctele traumatologice din mun. Chișinău, Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, Dispensarul Dermatovenerologic Municipal Chișinău, centrele prietenoase tinerilor, centrele comunitare de sănătate mintală, laboratorul național de referință a Institutului de ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, laboratorul național de referință a Spitalului de boli tuberculoase Vorniceni, secția consultativă a Spitalului Clinic Municipal nr.1, pentru acoperirea cheltuielilor de tratament a persoanelor neasigurate afectate de infecția HIV/SIDA în conformitate cu prevederile legislației.

b) plata per „caz tratat” - pentru asistența medicilor specialiști de profil prestată de Centrul de reabilitare a bolnavilor de narcomanie;

c) plata „retrospectivă per serviciu” în limitele bugetului contractat - pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiții de ambulator în faza intensivă a persoanelor asigurate bolnavi cu tuberculoză (caz nou și readmis), fără eliminări de M.Tuberculosis.

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

a) finanțarea prin „buget global” (pentru prestatorii care nu oferă servicii după principiul teritorial). Suma pe an constituie 7 398,6 mii lei.

b) finanțarea „per capita” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău la tariful de 5,12 lei. Suma pe an constituie 2 947,3 mii lei.

Notă: Ținând cont de specificul structurii asistenței medicale stomatologice din mun. Chișinău, suma alocată „per capita ” nu prevede acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global.

c) finanțarea „per capita” pentru asistența stomatologică prestată în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, IMS raionale și din UTA Găgăuzia la tariful „per capita” – 12,79 lei. Suma pe an constituie 21 654,1 mii lei.

Asistența medicală spitalicească

130. Metodele de plată pentru asistența medicală spitalicească sunt:

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

b) plata pe „buget global”:

- pentru volumul de asistență spitalicească prestat pacienților asigurați în secția de internare care ulterior nu au fost spitalizați;

- pentru serviciile prestate în Departamentele Medicină de Urgență a IMSP CNȘPMU, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal Bălți;

- pentru secția hemodializă;

- pentru asistența medicală pe profilurile, stabilite la pct. 133;

- serviciul „Aviasan”.

c) plata „retrospectivă per serviciu” în limitele bugetului contractat:

- pentru cheltuielile de transport public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei;

- pentru medicamente și consumabile costisitoare;

- pentru cheltuielile de tratament ale maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice conform listei stabilite la pct. 5 ale prezentelor Norme.

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

a) *Mecanismul 1.*

În contract va fi specificat:

- numărul de cazuri tratate contractate pe profil;

- tariful mediu al cazului tratat pe profil;
- suma contractuală pe profil.

Drept criteriu de bază al evaluării contractului servește îndeplinirea numărului contractat de cazuri tratate.

Fluctuația sezonieră peste media trimestrială de cazuri tratate contractate pe profil se redistribuie pentru achitare în trimestrele cu cazuri tratate realizate sub medie.

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

b) *Mecanismul 2.*

În contract va fi specificat:

- suma contractuală pe profil;
- grupurile de cazuri tratate acceptate pentru profilul respectiv;
- tariful mediu al grupului de cazuri tratate.

Drept criteriu de baza al evaluării contractului servește îndeplinirea sumei contractuale.

Fluctuația sezonieră peste media trimestrială a sumei contractate pe profil se redistribuie pentru achitare în trimestrele cu sumele trimestriale realizate sub medie.

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

132. Tariful mediu al „*cazului tratat*” pe profil este diferențiat pentru instituțiile medico-sanitare raionale, municipale și republicane în conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.442 din 28 noiembrie 2008, cu modificările operate prin ordinul Ministerului Sănătății nr.492 din 15 decembrie 2009.

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

134. Serviciile prestate în secțiile de internare ale prestatorilor de servicii medicale spitalicești persoanelor asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate (cu excepția Departamentelor Medicină de Urgență a IMSP CNȘPMU, Spitalul Clinic Municipal de Copii „V.Ignatenco”, Spitalul Clinic Municipal Bălți) se contractează separat, în limita a 1,2% din suma contractuală anuală pentru asistența medicală spitalicească.

135. Cheltuielile suportate pentru transferarea pacientului la altă instituție medicală, în caz când aceasta era posibil de efectuat în primele 24 ore de la spitalizare, decesul pacientului în primele 24 ore de la spitalizare, abandonul tratamentului de către pacient, vor fi acoperite din suma contractuală anuală destinată secției de internare.

136. În cadrul nevalidării cazurilor tratate, echivalentul bănesc al acestor cazuri urmează a fi exclus din suma achitată instituțiilor medico-sanitare pentru volumul de asistență medicală prestat în conformitate cu prevederile contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

137. În scopul reducerii motivației de depășire a volumelor contractate de servicii spitalicești, în limitele mijloacelor financiare disponibile, se va folosi plata anuală regresivă, care prevede o dependență invers proporțională între gradul de depășire a sumei contractate și valoarea tarifului cazului tratat. Astfel:

- pentru depășirea sumei contractului pe profil cu pînă la 5%, tariful pentru surplusul de cazuri prestate va constitui 40% din tariful mediu al cazului tratat;
- pentru depășirea 5-10% - tariful va constitui 20% din cel mediu pe profil;
- pentru depășirea 10-20% - tariful va constitui 10% din cel mediu pe profil;
- pentru depășirea 20-40% - tariful va constitui 5% din cel mediu pe profil;
- depășirile peste 40% nu se achită.

Servicii medicale de înaltă performanță

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

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

140. Prestatorii de servicii medicale de înaltă performanță planifică în limita contractată, volumul și spectrul de servicii, asigurînd accesul echitabil pentru pacienții instituțiilor medico-sanitare, încadrate în asigurarea obligatorie de asistență medicală cu informarea trimestrială a acestora, a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Ministerului Sănătății.

Îngrijiri medicale la domiciliu

141. Îngrijirile medicale la domiciliu se vor contracta în temeiul actelor normative ale Ministerului Sănătății.

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

143. Serviciile de îngrijiri paleative prestate în condiții de hospice se vor contracta în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății.

Modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate

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

- a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:
 - integral $\frac{1}{4}$ din suma contractuală anuală, cu excepția sumei destinate bonificației pentru indicatorul de performanță și cu excluderea cuantumului avansului achitat;
 - suma bonificației pentru indicatorul de performanță, confirmată de către prestator în dările de seamă prezentate și verificate de Compania Națională de Asigurări în

Medicină în conformitate cu prevederile Regulamentului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

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

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din sumă contractuală anuală, cu excluderea cuantumului avansului achitat și a eventualelor depășiri peste suma-limită de prescriere a medicamentelor compensate;

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

145. Achitarea serviciilor medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* se va face:

a) trimestrial după prezentarea facturilor de plată:

- integral $\frac{1}{4}$ din sumă contractuală anuală, cu excluderea cuantumului avansului achitat;

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

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

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

- integral suma pentru îndeplinirea cazurilor tratate, în limita sumelor contractate pe fiecare profil, cumulativ de la începutul anului, și suma pentru îndeplinirea serviciilor contractate după metoda de plată „buget global”, cu excluderea sumelor achitate anterior;

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

147. Achitarea *serviciilor medicale de înaltă performanță* se va face:

a) trimestrial, după prezentarea facturilor de plată:

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

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

148. Achitarea *îngrijirilor medicale la domiciliu* se va face:

a) trimestrial după prezentarea facturilor de plată:

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

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

Sumele incluse în factură urmează a fi rotunjite în lei (în limita sumei contractuale la finele anului).

C. Procedura de negociere și de soluționare a litigiilor

149. Contractarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se face prin negocieri dintre administrația prestatorului de servicii medicale și reprezentanții împuterniciți ai Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cu participarea reprezentantului Ministerului Sănătății sau a administrației publice locale în calitate de fondatori.

150. Litigiile care nu pot fi soluționate în cadrul negocierilor sunt examinate în ședințele comisiei de mediere constituite pe bază de paritate din reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Ministerului Sănătății. Deciziile comisiei sunt definitive și obligatorii pentru părțile contractante.

D. Dispoziții finale

151. Prestatorii de servicii medicale pe parcursul a 10 zile lucrătoare, din momentul semnării contractelor, vor prezenta pentru coordonare fondatorului și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (Agenției teritoriale) devizul de venituri și cheltuieli (business-plan) pentru mijloacele provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2010, conform formularului aprobat.

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

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

153. Mijloacele financiare obținute de către prestator în urma îndeplinirii indicatorilor de performanță, vor fi utilizate pentru stimularea lucrătorilor medicali care nemijlocit au contribuit la îndeplinirea acestora, în conformitate cu prevederile actelor

normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

154. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare separate, interzicându-se utilizarea arbitrară a mijloacelor destinate unui tip de asistență medicală pentru altul.