

ANEXA 1

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. manevre de mică chirurgie, după caz;
- d. stabilirea conduitei terapeutice și/sau recomandări igienico-dietetice, precum și instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

1.1.2.1. Consultațiile sunt acordate la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și/sau pentru monitorizare, consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația neasiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a - d prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către

medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/neasigurate se decontează o consultație pe lună.

NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și/sau pentru monitorizare, consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

- a) evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

- b) monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, recomandare de investigații paraclinice și tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de

medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2

a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFG_e), albuminurie, determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), în funcție de nivelul de risc; recomandare, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igienico-dietetice și educație pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat $< 1\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat $\geq 1\%$ și $< 5\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA $\geq 180/110$ mmHg;

- Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;

- Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ ≥ 10 ani sau alt factor de risc adițional;

- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m²);

- Risc SCORE calculat 5% și $< 10\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze $> 50\%$) sau la ecografia carotidiană;

- DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani);

- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²);

- Risc SCORE calculat $\geq 10\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulții fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

NOTĂ: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor și prevenția exacerbărilor, declinul funcției pulmonare și a efectelor adverse medicamentoase, cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al simptomelor astmului bronșic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână
2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână
3. prezența simptomelor nocturne
4. limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: Nici un criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcției pulmonare și efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală și antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic, ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Educația pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice se realizează cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast

- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune

- incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

NOTĂ: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al co-morbidităților relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; recomandare pentru tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului RFG_e și al dislipidemie, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: bilanțul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFG_e); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); recomandare pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 - A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

- A1 - absentă sau ușor crescută - < 30 mg/g
- A2 - microalbuminurie - 30 - 300 mg/g
- A3 - macroalbuminurie - > 300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG \geq 90 ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60 - 89 ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzut eRFG 45 - 59 ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzut: eRFG 30 - 44 ml/min

- G4 - sever scăzută eRFG eRFG 15 - 29 ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG < 15 ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic: G1 A1, G2 A1
- Moderat: G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare: G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare: G3a A3, G3b A2, G3b - A3, G4 A1 - A3, G5 A1 - A3

b. hematurie nonurologică

c. Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5 mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d. injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicațiilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Recomandarea pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G și A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 și G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată. Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultațiilor din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a. creșterea și dezvoltarea;

b. starea de nutriție și practicile nutriționale;

c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului/la cabinet, - timpul mediu/consultație cu durată estimată de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTĂ: În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultațiilor preventive, copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultațiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește cu completarea câmpului corespunzător prevenției, doar pentru investigațiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultației, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă și sexului.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeași vârstă, sex și înălțime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH

- FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeași vârstă, sex și înălțime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR
- Examen microscopic al secreției vaginale

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 ani și peste, 1 - 3 consultații/persoană/pachet prevenție ce se decontează anual. Pachetul de prevenție cuprinde maxim 3 consultații: consultație de evaluare inițială, consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile și consultație pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenție se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTĂ: În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultațiilor preventive, adulții asimptomatici, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește cu completarea câmpului corespunzător prevenției, doar pentru investigațiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultației, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă și sexului.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
- TGO
- TGP
- VDRL sau RPR

• examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual

• testare HPV conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății

• pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 30 și 39 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual.

b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste:

- hemoleucogramă completă
- proteina C reactivă
- glicemie a jeun
- colesterol seric total
- LDL colesterol
- creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
- TGO
- TGP

- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

- examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual

- testare HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății

- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați, începând cu vârsta de 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății

- pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății

- pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății

- TSH și FT4 la femei

- pentru bărbați, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani.

1.2.4. Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită

consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC, respectiv pentru bolnavul cu hepatită/infecție HIV, nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se decontează maximum două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.2.5.2. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;

- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;

- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);

- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);

- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);

- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, recomandare consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice

- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);

- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B și rubeolei);

- suplimentarea cu acid folic.

- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetată la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor determinate de *Toxoplasma gondii*, virusul rujeolei, Citomegalovirus și virusul Herpes simplex, *Treponema Pallidum*, virusul varicelo-zosterian, virusul urlian, parvovirus, *Listeria* și altele asemenea.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și recomandare de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste. În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește cu completarea câmpului corespunzător prevenției, doar pentru investigațiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultației, corespunzătoare grupei de vârstă și sexului.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

1.2.7.2. Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psihosociale, sănătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție:

- persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C.

În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta de peste 60 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește cu completarea câmpului corespunzător prevenției, doar pentru investigațiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultației, corespunzătoare grupei de vârstă și sexului.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
- examinare DXA
- TGO
- TGP

- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual
- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății
 - pentru femei până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății
 - testare HPV a femeilor până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
 - TSH și FT4 la femei
 - pentru bărbați, PSA, o dată la 3 ani.

1.2.8. Pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau
- c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

1.2.9. Pentru persoanele cu vârsta de 18 ani și peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFGe) și determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienții cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 și A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celelalte cazuri G și A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/persoană neasigurată și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.5. Consultațiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane înscrise dar nu mai mult de trei consultații pe zi.

NOTĂ: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele și prenumele, persoanei neasigurate sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanelor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Medicii de familie efectuează și/sau interpretează serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală și în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliul declarat în contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

| Nr. crt. | Denumire serviciu |
|----------|---|
| 1. | Spirometrie*3) |
| 2. | Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3) |
| 3. | Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț*3) |
| 4. | Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei*3) |
| 5. | Tușeu rectal |

| | |
|-----|--|
| 6. | Tamponament anterior epistaxis*2), *4) |
| 7. | Extracție corp străin din fosele nazale*2), *4) |
| 8. | Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen |
| 9. | Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)*3) |
| 10. | Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie |
| 11. | Sondaj vezical*2) |
| 12. | *** Abrogat |
| 13. | Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)*1), *2), *4) |
| 14. | Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4) *5) |
| 15. | Naștere precipitată*2), *4) *5) |
| 16. | Testul monofilamentului |
| 17. | Peakflowmetria*3) |
| 18. | Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)*2), *4) |
| 19. | Pansamente, suprimat fire*1) |
| 20. | Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4) |
| 21. | Recoltare pentru examen citologic cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății |
| 22. | Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză |
| 23. | Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4) |
| 24. | Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații*1), *2), *4) |

| | |
|-----|---|
| 25. | Spălătură gastrică*1), *2), *4) |
| 26. | Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate |

*1) Serviciile includ tratamentul și supravegherea până la vindecare.

*2) Serviciile se pot acorda și în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*5) Serviciile se acordă în situația în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistență medicală.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistența medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice.

1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultație - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate și în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

c) bilete de trimitere pentru persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, eliberate în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

d) bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice recomandate în cadrul consultațiilor preventive;

e) biletele de trimitere în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 6/2018 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele prevăzute la subpt. 1.5.