



ORDIN
mun. Chișinău

23 decembrie 2024

nr. *1089/288-A*

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

În temeiul subpct. 2.1. din Hotărârea Guvernului nr. 874/2024 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, pct. 9 subpct. 11) din Regulamentul privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 148/2021 și pct. 29 lit. c) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002,

ORDONĂM:

1. Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (se anexează).
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care acordă asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, vor asigura:
 - 2.1. respectarea prevederilor Normelor metodologice aprobate prin prezentul Ordin;
 - 2.2. afișarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia în locuri accesibile pentru pacienți și vizitatori, inclusiv pe site-ul web al instituției, precum și a informației privind tipul și volumul serviciilor contractate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, lista serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate și neasigurate în instituția respectivă, inclusiv și informarea verbală a pacienților, la necesitate;

- 2.3. prestarea serviciilor medicale fără solicitarea de la persoana încadrată în sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală a oricăror plăți suplimentare.
3. Direcția generală servicii medicale integrate cu subdiviziunile sale, Direcția buget, finanțe și asigurări din cadrul Ministerului Sănătății, Direcția asigurări în sănătate și Agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor acorda suportul consultativ-metodic necesar în vederea realizării prevederilor Normelor metodologice aprobate prin prezentul ordin.
4. Se abrogă Ordinul ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 596/404-A/2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2016, nr. 338-341, art. 1601).
5. Prezentul Ordin intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2025, cu excepția prevederilor pct. 37 din Normele metodologice privind acordarea serviciilor în cadrul asistenței medicale primare de către medicul fizio-pneumolog și specialiștii din centrul comunitar de sănătate mentală/centrul de sănătate prietenos tinerilor care intră în vigoare la data de 1 iulie 2025.
6. IMSP „Policlinica de Stat” va asigura prestarea serviciilor medicaie de asistență medicală urgentă prespitalicească persoanelor din teritoriul de deservire până la data de 1 iulie 2025.
7. Controlul asupra executării prezentului Ordin ni-l asumăm.

Ministru

Ala NEMERENCO



Director general

Ion DODON



Anexa
la Ordinul ministrului sănătății și
directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
1086/2024-#23 decembrie 2024

NORME METODOLOGICE
de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii
de asistență medicală

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *Norme metodologice*) sunt elaborate în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998 și a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.874/2024 (în continuare – *Programul unic*).
2. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare și prestare a serviciilor medicale, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală (*în continuare - AOAM*) de către prestatorii de servicii medicale, contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină (*în continuare - CNAM*).
3. Normele metodologice stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală și nivel de prestatori în cadrul sistemului AOAM, în funcție de politicile și prioritățile în domeniul sănătății.
4. Scopul reglementării condițiilor acordării asistenței medicale în cadrul AOAM este asigurarea accesului echitabil la asistență medicală în volumul stabilit de Programul unic pentru persoanele încadrate în sistemul AOAM, în conformitate cu actele normative.
5. Normele metodologice se aplică și sunt obligatorii pentru toți subiecții AOAM stabiliți prin Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.
6. Normele metodologice stabilesc inclusiv volumul și condițiile acordării asistenței medicale pentru persoanele neasigurate.

Capitolul II. Condițiile generale de acordare a asistenței medicale
în cadrul AOAM

7. Orice decizie, procedură medicală, prescripție sau recomandare a lucrătorilor medicali este bazată strict pe protocoalele clinice naționale, standardele internaționale, actele normative.

8. La solicitarea asistenței medicale de orice tip, persoana se identifică printr-un act de identitate.
9. Statutul de persoană asigurată/neasigurată se confirmă de către lucrătorii medicali prin accesarea Sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” al CNAM, utilizând numărul de identificare de stat (IDNP) din actul de identitate al persoanei sau seria și numărul actului de identitate valabil în sistemul național de pașapoarte, pentru persoanele care nu dețin IDNP. În cazurile când este necesară acordarea asistenței medicale urgente, informația privind statutul de persoană asigurată/neasigurată în sistemul AOAM se verifică la finalul acordării asistenței medicale urgente.
10. Pentru orice procedură/manoperă/intervenție medicală este obligatorie obținerea consimțământului persoanei/pacientului sau a reprezentantului său legal, cu excepția cazurilor când aceasta nu este posibil, iar neacordarea imediată a asistenței medicale pune în pericol viața și sănătatea pacientului.
11. Pe perioada acordării asistenței medicale, pacientul are dreptul la obținerea oricărei informații referitor la starea sa de sănătate, planul de investigații și tratament, precum și explicarea detaliată a recomandărilor personalului medical, în limita competenței lucrătorului medical și/sau a instituției medicale.
12. Toți angajații din sistemul de sănătate au obligația de a respecta legislația națională privind protecția datelor cu caracter personal, precum și reglementările internaționale în cazul transferului acestor date peste hotarele țării, asigurând confidențialitatea informației privind starea de sănătate a pacientului, precum și alte date personale colectate pe parcursul acordării asistenței medicale.
13. Cetățenii Republicii Moldova cu statut neasigurat, precum și străinii specificați în Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, beneficiază din contul mijloacelor fondurilor AOAM (în continuare – FAOAM) de asistență medicală:
 - 13.1. urgentă prespitalicească;
 - 13.2. primară;
 - 13.3. specializată de ambulator și spitalicească în cazul urgențelor obstetrice și maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, inclusiv:
 - 13.3.1. tuberculoza;
 - 13.3.2. psihozele și alte tulburări mentale, de comportament;
 - 13.3.3. alcoolismul și narcomania;
 - 13.3.4. afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate;
 - 13.3.5. HIV/SIDA și sifilis;
 - 13.3.6. hepatita virală acută A, botulism, meningita și meningoencefalita virală, bacteriană și parazitară, gripa pandemică, varicela, rujeola, leptospiroza, malaria, febra tifoidă și paratifoidă,

tifosul oxantematic, holera, tetanos, antrax, bruceloza, febra hemoragică, febra Q, parotidita epidemică, rabia, trichineloză, pesta, yersinioză, tularemia, difteria, poliomieliță, rușeola, infecția cu Coronavirus (COVID-19).

14. Toate persoanele asigurate beneficiază de medicamente și dispozitive medicale compensate în conformitate cu actele normative. Persoanele neasigurate beneficiază, la indicații medicale, de medicamente compensate psihotrope, anticonvulsivante și antidiabetice, care se prescriu conform actelor normative.

15. În cazul utilizării unui formular pe suport de hârtie, se interzice solicitarea și/sau aplicarea pe trimitere-extras la consultații, investigații sau internare în cadrul instituțiilor medico-sanitare a altor semnături și parafe decât cele indicate pe formular, respectiv: parafa cu antetul instituției medico-sanitare, semnătura și parafa personală a medicului. Conducătorul instituției medico-sanitare asigură procurarea în volumul necesar a formularelor de evidență medicală primară, conform modelelor aprobate de Ministerul Sănătății.

16. Serviciile contra plată acordate în cadrul unei instituții medicale sunt achitate de pacienți în casa instituției în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul de tarife pentru serviciile medico-sanitare, după informarea acestuia despre posibilitatea și modul de a beneficia de servicii acoperite de FAOM, cu consemnarea prestării serviciilor medicale contra plată în documentația medicală.

17. În cazul când prestatorul de servicii medicale nu dispune de capacități de efectuare a unor consultații, investigații de laborator și instrumentație (servicii medicale paraclinice) în volum deplin conform nivelului atribuit, efectuarea lor se asigură în temeiul contractelor bilaterale cu alți prestatori de servicii medicale, inclusiv cu Centrele de Sănătate Publică, cheltuielile fiind suportate și decontate de către instituția respectivă din bugetul contractat de către CNAM în acest scop.

18. În cazul incapacității temporare a unei instituții medicale de a asigura acordarea în volum deplin a unui serviciu medical, despre aceasta imediat este anunțat Ministerul Sănătății și fondatorul, pentru întreprinderea măsurilor organizatorice de rigoare.

19. Serviciile oferite în cazul examenelor medicale pentru permis de conducere, port-urnă sau la solicitarea altor autorități sunt acordate la cerere, contra plată și se achită conform tarifelor stabilite în Catalogul de tarife pentru serviciile medico-sanitare. Serviciile se efectuează prin programare, fără a periclita acordarea serviciilor medicale persoanelor cu indicații medicale.

20. Examenete medicale la angajare și cele periodice desfășurate în scopul prevenirii apariției și răspândirii bolilor transmisibile se efectuează în cadrul prestatorilor publici sau privați de asistență medicală primară încadrați în sistemul AOAM, costurile fiind acoperite din FAOM.

21. Examenete medicale la angajare și examenete periodice, desfășurate în scopul prevenirii apariției bolilor profesionale, se efectuează în cadrul prestatorilor publici sau privați de asistență medicală, costurile fiind acoperite de angajator.

22. Examinarea medicală, investigațiile paraclinice și de diagnosticare a premilitarilor, recruților și rezerviștilor se efectuează în volumul prevăzut de actele normative din contul surselor financiare ale administrației publice locale.
23. Toate manoperele efectuate, rezultatele examinărilor și recomandările se descriu și se înregistrează de către medic în documentația medicală, conform actelor normative.
24. Certificatul de concediu medical se eliberează conform instrucțiunii aprobate de Guvern.
25. Programarea pentru orice tip de asistență medicală ambulatorie, acordată în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice sau private, se realizează prin programare telefonică, online sau direct la registratura/recepția prestatorului de servicii medicale, în baza solicitării pacientului sau rudelor acestuia, pe toată perioada zilei de muncă. Procesul de programare a vizitei în mod planic se efectuează la momentul solicitării și nu poate fi amânată sau transferată pentru o altă zi, prioritate oferindu-se copiilor, gravidelor, veteranilor de război, persoanelor cu dizabilități, maladii infecțioase și oncologice.
26. Pacienții sunt obligați să anunțe registratura/recepția instituției medicale despre anularea vizitei planificate, dacă nu se pot prezenta în ziua și ora stabilită.
27. Serviciile medicale sunt oferite de personal medical calificat prin acte care confirmă dreptul la practică medicală, în conformitate cu cadrul normativ.
28. În cadrul sistemului AOAM, serviciile medicale sunt acordate de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, acreditați de Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, conform normelor stabilite.

Capitolul III. Asistența medicală urgentă prespitalicească

29. Asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă tuturor cetățenilor Republicii Moldova și străinilor, gratuit, pe tot teritoriul țării în regim 24/7, în cel mai scurt timp, pentru a menține parametrii fiziologici vitali și, la necesitate, transportarea către o instituție medicală specializată pentru acordarea asistenței corespunzătoare. Lista urgențelor medico-chirurgicale este prevăzută în anexa nr.1 la prezentele Norme metodologice.
30. Solicitarea asistenței medicale urgente se efectuează prin:
- 30.1. apel la serviciul 112;
- 30.2. adresare directă la:
- 30.2.1. echipaj de Asistență medicală urgentă (în continuare - AMU) al IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (în continuare - CNAMUP);
- 30.2.2. Stație sau Punct de asistență medicală urgentă;
- 30.2.3. Unitate de primire urgențe (în continuare - UPU), Camera de gardă (în continuare - CG)

30.2.4. cea mai apropiată instituție medicală.

31. Acordarea asistenței medicale urgente prespitalicești începe la locul solicitării (domiciliu, locul accidentului, instituție medicală) și se consideră finalizată doar la recuperarea parametrilor fiziologici ai pacientului, în afara sau în cadrul unei instituții medicale.

32. În afara unei instituții medicale, asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă de către echipele AMU din cadrul CNAMUP și include măsuri:

32.1. întreprinse întru ameliorarea stării generale prin administrarea medicamentelor din trusa medicală de urgență a echipajului la locul solicitării, monitorizarea stării generale până la asigurarea efectului scontat conform protocoalelor clinice aprobate;

32.2. de stabilizare a parametrilor clinici, conform protocoalelor clinice, corespunzător nivelului de echipare cu dispozitive medicale și nivelului de pregătire a personalului medical, cu transportarea pacientului la o instituție medicală specializată;

32.3. de reanimare și menținere a parametrilor vitali până la transmiterea pacientului către cea mai apropiată instituție medicală cu capacitate de a continua terapia intensivă, în cazul pacienților critici.

33. În cadrul instituției medicale spitalicești, asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă de personalul medical de gardă din UPU sau CG și include:

33.1. aprecierea stării pacientului și corespunderea nivelului de competență a instituției pentru acordarea asistenței medicale adecvate cazului respectiv;

33.2. acordarea asistenței medicale urgente în volum deplin, inclusiv spitalizarea în mod urgent pentru continuarea tratamentului, dacă capacitățile instituției corespund complexității cazului;

33.3. emiterea recomandărilor de adresare la medicul de familie sau medicul specialist, cu specificarea necesității consultației urgente sau planificate, dacă cazul de boală este rezolvat la nivel de UPU sau CG și pacientul nu necesită internare;

33.4. transferul pacientului către o instituție medicală corespunzătoare, în cazul unei capacități inferioare a instituției medicale de gestionare a cazului, prin solicitarea serviciului 112 pentru suport. Concomitent se întreprind toate măsurile accesibile pentru menținerea parametrilor vitali ai pacientului. Echipa AMU continuă acordarea ajutorului de urgență pe parcursul transportării până la predarea pacientului către o instituție medicală corespunzătoare complexității cazului.

34. Orice deplasare a echipei AMU, apel la serviciul 112 sau adresare de sine stătătoare la o instituție medicală, chiar dacă motivul adresării nu ține de aspectul medical sau nu corespunde specificului instituției medicale, se finalizează cu recomandări de conduită pentru persoana solicitantă, de către echipa AMU la locul solicitării sau celei de gardă din cadrul UPU sau CG, consemnată prin documentație medicală.

35. În toate cazurile în care neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului și/sau a celor ce-l înconjoară ori prezintă urmări grave pentru starea sănătății pacientului sau a sănătății publice, asistența medicală urgentă se acordă de orice medic, din orice instituție medico-sanitară, până la stabilizarea stării sănătății pacientului și/sau transmiterea pentru tratament în altă instituție medicală.

Capitolul IV. Asistența medicală primară

36. Asistența medicală primară se acordă în cadrul instituțiilor de medicină primară, indiferent de formă juridică de organizare, cu scop curativ și de suport, activități de profilaxie, depistare precoce a maladiilor, orientate spre satisfacerea necesităților de sănătate ale persoanelor din teritoriul deservit.

37. Asistența medicală primară include serviciile acordate de către medicul de familie, medicul pediatru, ftiziopneumolog, obstetrician-ginecolog și altor specialiști din cadrul instituției de asistență medicală primară, centrului comunitar de sănătate mintală, centrului de sănătate prietenos tinerilor persoanelor înregistrate pe lista medicului de familie conform procedurii stabilite.

38. Programarea la consultația medicului de familie și a altor specialiști, precum și la procedurile medicale efectuate în cadrul asistenței medicale primare, se realizează conform pct. 25.

39. În situațiile de urgență, asistența medicală primară se acordă, fără programare, de către medicul disponibil la acea oră, la prezentarea fizică a solicitantului.

40. În cazul accesării serviciilor medicale de sănătate mintală, prietenoase tinerilor sau de suport pacienților cu tuberculoză, persoanele se pot adresa direct, la recomandarea medicului de familie sau medicului specialist. Serviciile acordate sunt consemnate în documentația medicală primară și registre, cu raportarea lor ulterioară către instituțiile solicitante. Serviciile prevăzute la acest punct sunt destinate persoanelor din unitatea teritorial-administrativă deservită conform vizei de domiciliu sau reședință.

41. Instituțiile de medicină primară asigură persoanele înregistrate pe lista medicului de familie cu documentația medicală primară necesară, conform modelului aprobat de către Ministerul Sănătății și sunt responsabile de completarea acesteia cu date și informații relevante privind dinamica stării de sănătate și serviciile medicale prestate, garantând păstrarea lor și confidențialitatea informației în modul stabilit de cadrul normativ.

42. Serviciile medicale pe care le oferă medicul de familie în colaborare cu ceilalți medici-specialiști din asistența medicală primară persoanelor înregistrate pe lista medicului de familie, din teritoriul deservit, sunt de complexitate primară și includ:

42.1. Servicii profilactice:

42.1.1. promovarea modului sănătos de viață, educația pentru sănătate, prevenirea și combaterea factorilor de risc, inclusiv promovarea mișcării, alimentației raționale, măsurilor de igienă

personală, consumului de apă din surse sigure, a sării iodate, combaterea fumatului, inclusiv consilierea pentru renunțare la fumat, la consumul excesiv de alcool, pentru evitarea expunerii la soare, evitarea stresului, prevenirea traumatismului, infecțiilor sexual-transmisibile, infecției HIV, precum și consilierea antidrog etc.;

42.1.2. instruirea părinților vizând regulile de bază în îngrijirea copilului, supravegherea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț, în conformitate cu actele normative ce țin de supravegherea dezvoltării copilului sănătos;

42.1.3. programarea și imunizarea populației conform Programului Național de Imunizări, indicațiilor epidemiologice și cadrului normativ, inclusiv testarea tuberculinică;

42.1.4. planificarea familiei: consultarea în probleme de planificare a familiei, inclusiv alegerea și asigurarea cu mijloace de contracepție pentru populația-țintă, conform actelor normative aprobate; realizarea manoperelor medicale specifice specialității obstetrică și ginecologie prevăzute în anexa nr.3 la prezentele Norme metodologice;

42.1.5. supravegherea și monitorizarea evoluției sarcinii, cu respectarea strictă a termenelor de efectuare a investigațiilor, conform standardelor de supraveghere a gravidelor, precum și îngrijirea antenatală, postnatală a lăuzelor în conformitate cu actele normative, cu prescrierea investigațiilor paraclinice necesare;

42.1.6. controlul medical anual al persoanelor de peste 18 ani, pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor cu impact major asupra morbidității și mortalității, efectuarea examenelor medicale profilactice, conform actelor normative;

42.1.7. controale medicale periodice pentru afecțiunile cronice aflate sub supravegherea medicului de familie, cu prescrierea în baza criteriilor (indicațiilor) obiective, a investigațiilor paraclinice, inclusiv teste expres de laborator;

42.1.8. promovarea donării voluntare și neremunerate de sânge sau de componente sanguine în rândul populației din teritoriul deservit, precum și implicarea donatorilor în activități de voluntariat;

42.1.9. consilierea pre- și post-test în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV și hepatite virale B, C, inclusiv a gravidelor, în conformitate cu actele normative;

42.1.10. prestarea serviciilor de depistare precoce a patologiilor în cadrul screening-urilor organizate în conformitate cu actele normative;

42.1.11. evaluarea anuală complexă a stării de sănătate a persoanelor vârstnice pentru depistarea precoce a maladiilor care au nevoie de îngrijire integrată, în vederea promovării îmbătrânirii sănătoase.

42.2. Servicii medicale curative:

42.2.1. consultație (anamneză, examen clinic) în caz de boală sau accident, cu stabilirea diagnosticului, recomandarea investigațiilor de laborator și instrumentale, precum și prescrierea tratamentului, la solicitarea persoanei, în baza datelor obiective;

42.2.2. prescrierea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, inclusiv cu utilizarea testelor expres de laborator în concordanță cu diagnosticul prezumtiv, pentru confirmarea, infirmarea sau diferențierea diagnosticului, conform anexei nr.4 la prezentele Norme metodologice;

42.2.3. prescrierea serviciilor de înaltă performanță pentru confirmarea, infirmarea sau diferențierea diagnosticului în scop profilactic, de tratament și supraveghere, inclusiv de reabilitare, conform anexei nr. 5 la prezentele Norme metodologice;

42.2.4. realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase, pansamente) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil, cu asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare și medicamentelor de către instituția medicală primară;

42.2.5. prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, inclusiv a medicamentelor compensate și a dispozitivelor medicale, cu sau fără contribuție personală, precum și a serviciilor de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice, conform actelor normative;

42.2.6. monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, inclusiv a persoanelor cu dizabilități și/sau imobilizate la pat, conform planului de recuperare și modificarea acestuia în funcție de evoluția parametrilor clinico-paraclinici, cu consultarea, în caz de necesitate, a medicului specialist;

42.2.7. referirea pacientului către specialiștii de profil, inclusiv din cadrul prestatorilor de nivel republican, în modul stabilit de actele normative ale Ministerului Sănătății;

42.2.8. luarea la evidență a bolnavului cu TBC confirmat de medicul specialist de profil și a persoanelor contacte din focarele TBC, supravegherea și aplicarea strict observată a tratamentului în condiții de ambulator, până la scoaterea din evidență;

42.2.9. asistența medicală la domiciliu, acordată în limitele competenței medicului de familie și în conformitate cu actele normative a copiilor în vârstă de 0-5 ani aflați sub tratament pentru diferite afecțiuni, a persoanelor de orice vârstă cu insuficiență motorie a membrilor inferioare din orice cauză, a bolnavilor în fază terminală a bolii sau cu afecțiuni grave care necesită examinare, supraveghere și tratament, a persoanelor de orice vârstă după externare din secțiile spitalicești, care necesită supraveghere în dinamică la domiciliu: depistarea contactelor cu boli contagioase; organizarea și efectuarea măsurilor antiepidemice primare în focarele de boli contagioase; supravegherea medicală și tratamentul preventiv al contactilor, inclusiv prescrierea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, conform actelor normative ale Ministerului Sănătății;

42.2.10. prestarea serviciilor de sănătate mintală integrată la nivel de comunitate, inclusiv activitatea în comisii și eliberarea certificatelor, în conformitate cu actele normative;

42.2.11. prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în conformitate cu actele normative;

42.2.12. acordarea serviciilor orientate spre probleme specifice persoanelor în vârstă, de îngrijiri de lungă durată, cu accent pe servicii specifice de tratament de lungă durată al maladiilor cronice, reabilitare (kinetoterapie, medicină fizică).

42.3. Servicii medicale pentru situații de urgență:

42.3.1. asistența medicală în cazul urgențelor medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic și paraclinic, medicație) în limita competenței medicului de familie, specialiștilor de profil și capacității instituției;

42.3.2. solicitarea Serviciului 112 pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, specialiștilor de profil și capacitățile instituției;

42.3.3. asistență medicală în cazul urgențelor de sănătate publică (supraveghere în condiții de autoizolare, tratament la domiciliu, prelevarea probelor biologice la domiciliu etc.) în conformitate cu actele normative.

42.4. Activități de suport:

42.4.1. evaluarea incapacității temporare de muncă, inclusiv eliberarea și evidența certificatelor de concediu medical, în modul stabilit de actele normative;

42.4.2. organizarea trimiterii la Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, inclusiv completarea documentelor necesare, în modul stabilit de actele normative;

42.4.3. eliberarea și evidența certificatelor medicale despre starea sănătății, pentru îngrijirea copilului bolnav, adeverințelor medicale, certificatelor de deces etc., în modul stabilit de actele normative;

42.4.4. organizarea activității de evidență, completarea și ținerea la zi a documentației medicale primare și statistice medicale spre a fi prezentate instituțiilor solicitante.

43. Medicul de familie, la necesitate, referă pacienții către specialiștii din cadrul asistenței medicale specializate de ambulator, cu programarea acestora în timpul vizitei și introducerii informației referitor la diagnosticul, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările de tratament și supraveghere etc. în SIA „Asistența Medicală Primară”. În cazul imposibilității utilizării sistemului informațional, se completează trimiterea-extras (F-027/e) și se efectuează programarea pacientului la medicul specialist.

44. Serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor asigurate și neasigurate conform anexei nr. 4 la prezentele Norme metodologice, prescrise de către medicii de familie și medicii specialiști din asistența medicală primară sunt achitate separat din FAOAM.

45. Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare spitalicești, medicii din asistența medicală primară vor asigura referirea pacientului pentru investigații de laborator și instrumentale din anexa nr. 4 și anexa nr.5 la prezentele Norme metodologice, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice.

46. Instituția medicală primară, în care se află persoana la evidență, asigură prelevarea și colectarea probelor biologice și transmiterea ulterioară a acestora către laboratorul contractat pentru efectuarea investigațiilor de laborator.

47. Toate consumabilele și dispozitivele de unică folosință necesare acordării asistenței medicale sunt asigurate de către instituția medico-sanitară.

Capitolul V. Asistența medicală specializată de ambulator

48. 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 cu efectuarea suplimentară a manoperelor medicale specifice stabilite în anexa nr. 3 la prezentele Norme metodologice, iar în cazul urgențelor medico-chirurgicale și maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice și persoanelor neasigurate.

49. Consultația primară a medicului specialist de profil din teritoriu se acordă:

49.1 la adresarea directă a persoanei/pacientului;

49.2. la recomandarea medicului de familie;

49.3. la recomandarea unui medic specialist de alt profil care constată necesitatea consultațiilor suplimentare.

50. Programarea la consultația medicului specialist, precum și la procedurile medicale efectuate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator se realizează conform pct. 25.

51. În cazul efectuării consultației de către medicul specialist din alt teritoriu/localitate, acesta introduce obligatoriu informația referitoare la diagnosticul, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările de tratament și supraveghere, etc. în SIA AMP sau, în cazul imposibilității utilizării sistemului informațional, eliberează pacientului trimiterea-extras F-027/e completat.

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

53. Consultația medicală a unui medic specialist de profil din instituția medico-sanitară de nivel terțiar se realizează în baza programării în SIA AMP de către medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară teritorială/republicană, inclusiv cu completarea datelor referitoare la diagnosticul, rezultatele investigațiilor efectuate sau trimiterii-extras F-027/e, atunci când nu poate fi utilizat sistemul informațional, de către:

53.1. medicul specialist de profil din instituția medico-sanitară teritorială (raională, municipală) sau republicană în cazul când stabilirea diagnosticului, tratamentul sau examinarea persoanei asigurate depășește competența instituției medico-sanitare la care s-a adresat pacientul;

53.2. medicul de familie în cazul când în teritoriu lipsește acest specialist.

54. La constatarea necesității efectuării consultațiilor altor specialiști de profil și/sau investigațiilor de înaltă performanță, inclusiv și din alte instituții medico-sanitare pentru cazul respectiv de boală, specialistul de profil asigură necondiționat consultația și/sau investigația necesară în baza înscrisurilor respective în documentația medicală și organizează, la necesitate, programarea pentru consultația și/sau investigația necesară, conform anexelor nr.4 și nr.5 la prezentele Norme metodologice.

55. Serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor asigurate, prescrise de medicii specialiști de profil conform anexei nr. 4 sunt achitate separat din FAOAM.

56. Medicii specialiști de profil vor asigura luarea la evidență și realizarea dispensarizării pacienților cu maladii stabilite în Anexa nr.2, cu prescrierea investigațiilor paraclinice, servicii de reabilitare medicală cu metode fizice, supravegherea lor în dinamică și realizarea măsurilor de tratament și recuperare, în conformitate cu actele normative.

57. Serviciile medicale pe care le oferă medicul specialist de profil includ:

57.1. prescrierea medicamentelor și dispozitivelor compensate din FAOAM în conformitate cu actele normative;

57.2. promovarea donării voluntare și neremunerate de sânge sau de componente sanguine în rândul populației din teritoriul deservit și înrolarea donatorilor în activitatea de voluntariat;

57.3. consilierea pre- și post-test în cadrul serviciilor de testare voluntară și confidențială la infecția HIV, sifilis, infecția gonococică și hepatitele virale B, C, inclusiv a gravidelor, în conformitate cu actele normative, asigurând funcționalitatea cabinetelor de consiliere și testare voluntară la HIV, hepatite virale B, C;

57.4. depistarea precoce a patologiilor în cadrul screening-urilor organizate în conformitate cu actele normative aprobate de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină;

57.5. asigurarea supravegherii și tratamentului antiretroviral persoanelor cu infecția HIV și bolnavilor cu SIDA, în cadrul cabinetelor teritoriale pentru tratamentul antiretroviral în condiții de ambulator, conform prevederilor actelor normative;

57.6. prestarea serviciilor de dializă cu asigurarea consumabilelor și dispozitivelor medicale acoperite din FAOM;

57.7. prestarea serviciilor de intervenție timpurie copiilor până la vârsta de 5 ani cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit, precum și familiilor acestora, în cadrul Centrelor de Intervenție Timpurie, în conformitate cu actele normative;

57.8. prestarea serviciilor de chimioterapie/radioterapie în condiții de ambulator (îngrijiri de zi) conform recomandărilor și supravegherea medicilor oncologi, inclusiv tratamentul, asigurarea medicamentelor și dispozitivelor medicale acoperite din FAOM;

57.9. asigurarea, la indicații medicale, cu exoproteze mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori maligne, precum și cu proteze individuale cu consumabilele necesare pentru reabilitarea protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului și gâtului.

57.10. supravegherea pacienților cu maladii cu impact social, inclusiv a pacienților cu maladii rare, precum și asigurarea tratamentului cu medicamente acoperite din bugetul de stat prin programe naționale și/sau medicamente cu destinație specială, finanțate din FAOM, conform mecanismului aprobat de Compania Națională de Asigurări în Medicină;

57.11. consultații medicale, consilierea psihologică și psihoterapia, inclusiv asigurarea la indicații medicale a tratamentului de substituție cu clorură de metadonă pentru utilizatorii de droguri injectabile, care se acordă în cadrul Centrului de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, inclusiv cu probleme de sănătate mintală și cabinetelor pentru tratamentul de substituție cu clorură de metadonă, care sunt acoperite din sursele FAOM.

58. Instituția medico-sanitară contractată de CNAM (agențiile ei teritoriale) acoperă cheltuielile de transport public suburban și interurban (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tariful pentru transportul cu autobuze de tip comun, aprobat de Ministerul Infrastructurii și Dezvoltării Regionale, pentru pacienții care efectuează în condiții de ambulatoriu (în staționarul de zi):

58.1. servicii de dializă;

58.2. servicii de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice);

58.3. servicii de radioterapie.

Capitolul VI. Asistența medicală stomatologică

59. Asistența medicală stomatologică acordată în cadrul sistemului AOAM include următoarele servicii prestate de medicul stomatolog, cu suport anestezic local sau general la necesitate:

59.1. organizarea anuală a examenelor medicale a copiilor din grădinițe, școli, instituții de învățământ secundar general și profesional;

59.2. asigurarea asistenței medicale stomatologice de urgență și consultațiilor profilactice anuale tuturor persoanelor asigurate, cu examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena și profilaxia bolilor cavității bucale;

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

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

59.5. asistență stomatologică de urgență în următoarele cazuri: pulpită acută, periodontită apicală acută, periodontită apicală exacerbată, stomatită aftoasă acută, gingivită și stomatită ulcero-necrotică acută, abces, periostită, pericoronarită, hemoragii postextractionale, limfadenită acută, osteomielită acută, sialadenită acută și calculoasă, sinuzită acută odontogenă, traume și fracturi ale maxilarelor, pulpită cronică exacerbată, extracție dentară la indicații medicale.

60. Procedurile medicale specificate la punctul 60 se realizează în policlinicile, secțiile și cabinetele stomatologice, Întreprinderile Municipale și Centrele Stomatologice Raionale, secțiile Spitalelor raionale contractate de CNAM.

Capitolul VII. Asistența medicală spitalicească

61. Asistența medicală spitalicească se acordă persoanelor asigurate în cazul bolilor și stărilor menționate în Programul unic, de către prestatorii de servicii medicale spitalicești contractați de către CNAM.

62. Selectarea prestatorului de servicii medicale spitalicești de către medicul de familie sau specialistul de profil din asistența medicală specializată de ambulator pentru internare (de urgență sau planificată) se efectuează în funcție de starea sănătății pacientului și capacitatea instituției medico-sanitare, nivelul de competență și dotare.

63. Asistența medicală spitalicească este prestată pe următoarele tipuri de îngrijiri medicale:

63.1. îngrijiri acute – servicii prestate pacienților care au fost internați pentru:

63.1.1. naștere;

63.1.2. tratamentul bolii sau traumatismului;

63.1.3. efectuarea intervenției chirurgicale;

63.1.4. reducerea severității bolii sau traumatismului;

63.1.5. efectuarea procedurilor diagnostice și/sau terapeutice, care nu pot fi realizate în condiții de ambulator.

63.2. îngrijiri cronice – servicii prestate pacienților care au fost internați pentru:

63.2.1. reabilitare;

63.2.2. asistență paliativă;

63.2.3. asistență geriatrică.

64. Internarea în spital poate fi de urgență, planificată sau nevoluntară, corespunzător:

64.1. internarea de urgență se efectuează prin UPU sau CG în urma adresării directe a persoanei, referirii de către echipa AMU sau transferului interspitalicesc, dacă după evaluarea și efectuarea procedurilor medicale necesare nu a fost posibilă rezolvarea cazului, iar pacientul necesită continuarea tratamentului în condiții de staționar;

64.2. internarea planificată se efectuează prin intermediul Biroului de internare la recomandarea medicului de familie sau specialistului de profil, după cum urmează:

64.2.1. în spitalele de nivel secundar (raionale/municipale) - în baza trimerii-extras, eliberat de medicul de familie la care este înregistrat pacientul respectiv sau de către medicul specialist de profil, cu programarea zilei internării.

64.2.2. în spitalele de nivel terțiar - în baza trimerii-extras eliberat de medicul specialist de profil din instituția medicală specializată de ambulator de nivel teritorial sau terțiar;

64.3. Internarea nevoluntară și tratamentul nevoluntar (inclusiv prin constrângere) în cazul tulburărilor mintale și de comportament se efectuează în conformitate cu cadrul normativ.

65. Pentru internarea programată în instituțiile medico-sanitare spitalicești, se asigură efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale în baza anexelor nr. 4 și nr. 5 la prezentele Norme metodologice, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice, transcrise în formularul de trimerie-extras pe care pacientul îl prezintă la Biroul de internare.

66. Statutul de asigurat al persoanei se verifică la internare. Pacientul neasigurat este informat despre opțiunea de achitare a primei de asigurare în sumă fixă sau modalitatea de achitare a serviciilor medicale conform Catalogului tarifelor pentru serviciile medico-sanitare. La externare se verifică statutul persoanei și în cazul achitării primei de asigurare în sumă fixă de către aceasta în perioada de spitalizare, cazul va fi considerat cu statut de asigurat și nu se vor percepe plăți pentru serviciile medicale acordate.

67. Pe perioada internării, pacientului trebuie să-i fie asigurat, în măsură maxim posibilă confort și intimitate, alimentație și îngrijire igienică corespunzător actelor normative și standardelor în vigoare.

68. În primele ore de la internare medicul curant este obligat să explice pacientului opțiunile posibile de rezolvare a cazului, avantajele și dezavantajele fiecărei din acestea, împreună cu

pacientul decide asupra metodei optime și redă detaliat procedurile medicale care urmează a fi efectuate, asigurându-se că pacientul a înțeles și își exprimă consimțământul. Toate discuțiile sunt purtate individual, fără alte persoane în preajmă, cu excepția persoanelor apropiate pacientului, dacă el solicită aceasta.

69. Unul din părinți/ alți membri de familie/ tutorele la solicitare poate fi spitalizat pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la 9 ani, iar a copilului grav bolnav care are nevoie, conform concluziei medicale, de îngrijire suplimentară – până la vârsta de 18 ani. Persoanele cu dizabilități intelectuale și persoanele cu dizabilități locomotorii severe care au nevoie conform concluziei medicale de îngrijire suplimentară, pot fi spitalizate cu asistentul personal.

70. Femeile gravide au dreptul de alegere a instituției medico-sanitare contractate de CNAM, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor de urgență sau când conform indicațiilor medicale este necesară asigurarea nașterii la un nivel superior. Responsabil pentru asistența medicală oferită este medicul obstetrician-ginecolog aflat la moment la serviciu sau în tură/gardă conform orarului aprobat.

71. Serviciile medicale stomatologice sub anestezie generală sunt acordate persoanelor cu nevoi speciale în condiții spitalicești conform actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății.

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

73. Durata de internare în spital este individuală și depinde de starea sănătății pacientului, de indicatorii clinici și riscul epidemiologic, care argumentează necesitatea tratamentului în condiții de spital. Decizia referitoare la durata tratamentului în condiții de spital, în fiecare caz concret, se ia de către medicul curant și/sau consiliul medical, în baza protocoalelor clinice de tratament aprobate de Ministerul Sănătății.

74. Pe perioada internării instituția medico-sanitară asigură totalmente necesarul de medicamente și consumabile fără ca pacientul să fie implicat sau condiționat să le procure.

75. Pentru realizarea tratamentului recomandat în mod planificat, pacientul are dreptul să aleagă instituția medicală de același nivel.

76. Instituția medico-sanitară contractată de CNAM asigură prestarea serviciilor de reproducere umană asistată medical, conform prevederilor actelor normative.

77. Serviciile de prelevare de organe, țesuturi și celule atât de la donator în viață, cât și de la donator în moarte cerebrală sunt prestate conform prevederilor actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății.

78. La externare pacientul primește actele (extras medical din istoria de boală) ce descriu detaliat procedurile medicale efectuate, rezultatele investigațiilor, complicațiile, reacțiile alergice

depistate, precum și recomandările pentru continuarea tratamentului și asigurarea convalescenței pe care trebuie să le prezinte medicului de familie sau medicului specialist de profil, la care se află la evidență.

Capitolul VIII. Serviciile medicale de înaltă performanță

79. Serviciile medicale de înaltă performanță (*în continuare – SIP*), specificate în anexa nr.5 la prezentele Norme metodologice, se acordă persoanelor asigurate în cadrul prestatorilor de servicii medicale contractați de către CNAM.

80. SIP pentru pacienți, în regim planificat, sunt prestate în baza programării în cadrul Sistemului informațional de raportare și evidență a serviciilor medicale (*în continuare – SIRSM*), care este realizată de medicul specialist de profil din asistența medicală primară și specializată de ambulator (inclusiv în cazul serviciilor cu drept de prescriere de către medicul de familie, menționate în anexa nr. 5) sau direct de către pacient, conform recomandării medicale emise, respectându-se perioada de așteptare, în dependență de capacitatea prestatorilor de servicii medicale și în limitele contractului încheiat cu CNAM.

81. SIP necesare pentru rezolvarea cazurilor de boală la pacienți aflați în subdiviziunile de urgență sau secțiile spitalicești, sunt acordate de către instituția medico-sanitară respectivă, iar în lipsa lor, de către alți prestatori de servicii medicale de înaltă performanță, în bază de contract încheiat între aceștia și instituția spitalicească respectivă, cheltuielile fiind incluse în costul cazului tratat.

82. În cazul când medicul imagist consideră că investigația indicată nu corespunde scopului sau, fiind realizată, nu a oferit suficiente date pentru diagnostic, poate recomanda și programa o altă investigație de sine stătător, argumentând în documentația medicală a pacientului și în SIRSM, fără a returna pacientul la medicul curant pentru o nouă trimitere.

83. În cazul prestării SIP care necesită anestezie, acestea se achită din FAOAM.

Capitolul IX. Îngrijire medicală la domiciliu

84. Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu este asigurat de către o echipă multidisciplinară, formată din medic de familie, medici specialiști de profil, asistenți medicali și kinetoterapeuți.

85. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoanele asigurate, în condiții de sănătate cu evoluție cronică și/sau care au suportat intervenții chirurgicale mari, pacienți geriatrici, cu boli rare, funcționalitatea cărora este afectată în măsura incapacității efectuării menajului zilnic, imobilizați la pat, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la un prestator de servicii medicale.

86. Accesarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu se realizează prin cerere adresată medicului de familie, sau după externare din spital. Serviciile se acordă în baza unei evaluări a

funcționalității și necesităților de sănătate, expuse în planul de intervenție de către specialiștii implicați.

87. Asigurarea cu medicamente și dispozitive medicale necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale la domiciliu se realizează din contul mijloacelor FAOAM, în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății.

88. Membrii echipei multidisciplinare sunt responsabili pentru informarea rudelor sau a îngrijitorului referitor la starea de sănătate, necesitățile de îngrijire, instruirea privind acordarea suportului paramedical și supravegherea pacientului.

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

Capitolul X. Îngrijire paliativă

90. Îngrijirea paliativă este acordată de către echipele specializate, în condiții de ambulator, la domiciliul pacientului și staționar.

91. Accesarea îngrijirilor paliative se efectuează la cererea directă a pacientului sau la recomandarea medicului specialist, în cazul determinării stărilor terminale a bolilor incurabile.

92. Îngrijirile paliative sunt acordate de către o echipă de lucrători medicali specializați în baza necesităților determinate prin evaluarea pacientului și stabilirea unui plan de intervenție.

93. Oferirea serviciilor se efectuează în condiții de ambulator sau la domiciliul pacientului în corespundere cu necesitățile stabilite.

94. Durata maximă a internării în condiții de hospice este 30 de zile (cumulativ pe parcursul a 6 luni), cu excepția copiilor pentru care această durată poate fi mai mare.

95. În cazul prezentei unor condiții medicale, care pot fi soluționate doar în condiții de staționar, pacientul este referit pentru spitalizare în secțiile corespunzătoare.

96. Asigurarea cu medicamente și dispozitive medicale necesare pentru efectuarea îngrijirilor paliative în condiții de ambulator și la domiciliu se realizează din contul mijloacelor FAOAM, în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății.

97. Medicii sunt responsabili pentru informarea rudelor sau a îngrijitorului referitor la starea de sănătate, necesitățile de îngrijire, instruirea privind acordarea suportului paramedical și supravegherea pacientului.

Capitolul XI. Suportul consultativ și transferul interspitalicesc

98. Consultul și transferul interspitalicesc se realizează de către Serviciul Național de Consult și Transfer Interspitalicesc (în continuare - SNCTI), subdiviziune a IMSP CNAMU/P, prin apel la numărul unic al SNCTI, de către coordonatorul desemnat de instituția medico-sanitară solicitantă.

99. Rolul principal al SNCTI este de a asigura suportul în diagnosticul și tratamentul pacienților prin consult la distanță, recomandarea procedurilor medicale și tratamentului de către medicul specialist consultant angajat de SNCTI, cu scop de asigurare a continuității tratamentului.

100. În cazul lipsei capacității instituției medicale solicitante de a executa recomandările prevăzute la pct. 99, medicul specialist consultant din cadrul SNCTI decide la care instituție va fi transferat pacientul și face recomandările pentru pregătirea pacientului pentru transfer.

101. Transferul se efectuează necondiționat de către cea mai apropiată echipă AMU (ordinară sau terapie intensivă mobilă și reanimare), în dependență de complexitatea cazului, la indicația medicului specialist consultant.

102. Coordonatorul SNCTI notifică instituția medicală unde urmează a fi transferat pacientul, care va întreprinde toate măsurile pentru a fi pregătită să acorde rapid asistența medicală pacientului transferat.

103. Pentru realizarea transferului intraspitalicesc nu pot fi percepute niciun tip de taxe de la instituțiile medico-sanitare care au solicitat intervenția SNCTI.

Capitolul XII. Asistența medicală pacientului oncologic

104. Orice pacient suspectat sau diagnosticat cu patologie oncologică va fi tratat cu prioritate și referit pentru diagnostic, consult, tratament, monitorizare în dinamică și recuperare în cel mai scurt timp.

105. La prima suspecție a unei patologii oncologice, pacientul este referit pentru aprecierea tacticii de tratament conform programului special „pacient oncologic”.

106. Este obligatorie respectarea perioadelor de timp specificate în protocoalele clinice, pentru fiecare procedură/intervenție/manoperă medicală, inclusiv de diagnostic în condiții de ambulator și tratament spitalicesc, prin programare prealabilă. În cazul imposibilității respectării acestei perioade, prin intermediul conducerii instituției medicale este informat Ministerul Sănătății și CNAM.

107. La prima suspecție a unei patologii oncologice:

107.1. medicul de familie/medicul specialist organizează efectuarea investigațiilor de bază (analize de laborator, investigații imagistice ș.a.) cu referirea imediată către medicul oncolog din instituție, iar în lipsa acestuia către medicul specialist de profil din Centrul Consultativ Diagnostic al IMSP „Institutul Oncologic”.

107.2. medicul oncolog, în baza investigațiilor și examenului clinic, stabilește tactica de tratament. În cazul necesității unor investigații suplimentare, acestea se efectuează în aceeași zi în instituția medico-sanitară respectivă (în cazul disponibilității echipamentului necesar în cadrul instituției).

107.3. spitalizarea pacientului cu patologie oncologică pentru tratament terapeutic și/sau chirurgical se efectuează în perioada efectuării optime a tratamentului respectiv.

108. Acordarea serviciului de terapie a durerii în condiții de staționar sau ambulator se acordă necondiționat, în regim continuu pe toată perioada monitorizării pacientului, prin colaborarea medicului de familie, specialistului de profil din asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească cu medicul oncolog (specialist în terapia durerii).

109. Serviciile de paliativ pacienților oncologici se acordă conform prevederilor capitolului X.