**PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA**

**MEDICALĂ PRIMARĂ**

**SECŢIUNEA I:**

**SUBSECŢIUNEA 0:**

**1.**Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

**1.1.**servicii medicale curative

**1.2.**servicii medicale de prevenţie şi profilaxie

**1.3.**servicii medicale la domiciliu

**1.4.**servicii medicale adiţionale

**1.5.**activităţi de suport

**1.6.**servicii de administrare de medicamente

**SUBSECŢIUNEA I:** **1.1. Servicii medicale curative**

**(1)**1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. [**2021**](https://idrept.ro/00118115.htm)/[**691/2008**](https://idrept.ro/00118119.htm) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. [**95/2006**](https://idrept.ro/00172589.htm), cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. [**2021**](https://idrept.ro/00118115.htm)/[**691/2008**](https://idrept.ro/00118119.htm), cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

**1.**1.1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

**2.**\_

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

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

**(2)**1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

**1.**\_

**a)**anamneză, examenul clinic general;

**b)**unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

**c)**recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;

**d)**manevre de mică chirurgie, după caz;

**e)**stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

**f)**bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

**g)**recomandare pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;

**h)**recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii şi preventorii, după caz;

**i)**recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;

**j)**recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

**2.**1.1.2.1. Consultaţiile la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultaţii,

**3.**NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, precum şi data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul.

**(3)**1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

**1.**\_

**a)**supravegherea evoluţiei bolii;

**b)**continuitatea terapiei;

**c)**screeningul complicaţiilor;

**d)**educaţia asiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.

**2.**Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a)-j) prevăzute la 1.1.2.

**3.**1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/asigurat se decontează o consultaţie pe lună.

**(4)**1.1.4. Consultaţii 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 şi diabet zaharat tip 2; astmul bronşic; boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

**1.**1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

**a)**Evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

**b)**Monitorizarea pacientului cuprinde doua consultaţii programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament şi o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

**2.**1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2

**a)**Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneza; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG;

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTĂ: Pentru iniţierea şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice.

**b)**Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screening-ul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG, dozare proteină urinară, în funcţie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

I.Nivel de risc scăzut: SCORE < 1 plus 155 < LDL-C < 190 mg/dl şi/sau 140/90 < TA < 160/99 (TAS şi/sau TAD)

II.Nivel de risc mediu: SCORE < 5 plus LDL-C > 70 mg/dl şi/sau 160/90 < TA < 179/109 şi/sau 1 - 2 FRS

III.Nivel de risc înalt şi foarte înalt: SCORE > 5 şi/sau LDL-C > 100 mg/dl şi/sau TA > 180/110, şi/sau afectarea organelor ţintă, şi/sau boală renală şi/sau prezenţa concomitentă a DZ şi/sau >/= 3 FRS

**3.**1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

**a)**Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: stratificarea nivelului de severitate; întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; trimitere pentru investigaţii paraclinice/explorări funcţionale: hemoleucogramă completă, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz;

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1.Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

a.1.2.- astm bronşic parţial controlat - limitarea simptomelor diurne şi a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână, prezenţa simptomelor nocturne, funcţie pulmonară < 80% din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activităţii, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

a.1.3.- astm bronşic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronşic parţial controlat prezente în orice săptămână plus o exacerbare.

Iniţierea medicaţiei la pacientul nou diagnosticat se face cu medicaţie de treapta II sau III, funcţie de intensitatea simptomelor.

a.2.Pentru BPOC - ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1.toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală;

a.2.2.toţi pacienţii cu BPOC confirmaţi spirometrie şi încadraţi în stadiul de severitate I - II cu dispnee - iniţiere terapie de linia 1 (bronhodilatator cu durată scurtă de acţiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acţiune - dacă este necesar)

a.2.3.- bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienţii cu BPOC confirmaţi spirometrie şi încadraţi în stadiul de severitate III şi IV pentru iniţiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie sau/şi pacienţi cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică.

**b)**Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică - controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ţinta terapeutică - renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă şi dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz.

Educaţia pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice, cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

**4.**1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

**a)**Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al comorbidităţilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară, ecografie de organ - renală; bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate la nefrolog a pacienţilor cu risc mediu-mare (raport albumină/creatinină peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopică de cauză non-urologică), hipertensiune arterială necontrolată.

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire.

**b)**Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă: bilanţul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

**SUBSECŢIUNEA II:** **1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice**

includ:

**(1)**1.2.1. Consultaţii preventive - sunt consultaţii periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani privind:

**1.**\_

**a)**creşterea şi dezvoltarea;

**b)**starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

**c)**depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2B la ordin.

**2.**1.2.1.1. Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

**a)**la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului;

**b)**la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;

**c)**o dată pe an de la 4 la 18 ani.

**3.**NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive copii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

**4.**Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

**a)**Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:

1.Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă

- Sideremie

2.Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total

- Calciu ionic seric

- Fosfor

- Fosfatază alcalină

**b)**Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice

- LDL colesterol

- Trigliceride serice

- Glicemie

- TGP

- TGO

- TSH

- FT4

**c)**Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

1.Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol

- Trigliceride serice

- Glicemie

- TGP

- TGO

- TSH

- FT4

2.Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)

- VDRL sau RPR

**5.**NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează Iară recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

**(2)**1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

**1.**\_

**a)**luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie;

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

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

**d)**urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultaţie;

**e)**urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere; se decontează o consultaţie.

**2.**1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

**3.**NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi 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 evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

**(3)**1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:

**1.**1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2B la ordin. Se decontează maxim doua consultaţii/asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani depistate cu risc înalt, consultaţiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2 şi se decontează maxim doua consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

**2.**1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2B la ordin. Se decontează maxim doua consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

**3.**NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, anual respectiv odată la 3 ani, beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

**4.**Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

**a)**pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani

- Hemoleucogramă completă

- VSH

- Glicemie

- Colesterol seric total

- LDL colesterol

- Creatinina serică

**b)**pentru femeia cu vârsta între 18 şi 39 ani care planifică o sarcină

- VDRL sau RPR

**c)**pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste

- Hemoleucogramă completă

- VSH

- Glicemie

- Colesterol seric total

- LDL colesterol

- Creatinina serică

- PSA la bărbaţi

- TSH şi FT4 la femei

**5.**NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucogramă completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

**(4)**1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. [**1186/2000**](https://idrept.ro/00047112.htm).

**1.**1.2.4.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

**(5)**1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

**1.**\_

**a)**consilierea femeii privind planificarea familială;

**b)**indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

**2.**1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se acordă maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

**SUBSECŢIUNEA III:** **1.3. Consultaţiile la domiciliu**

**(1)**1.3.1. Se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

**(2)**1.3.2. Consultaţiile la domiciliu se acordă asiguraţilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase şi lehuzelor.

**(3)**1.3.3. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia - examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

**(4)**1.3.4. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum doua consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum patru consultaţii/an pentru bolile cronice şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

**(5)**1.3.5. Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

**(6)**NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

**SUBSECŢIUNEA IV:** **1.4. Serviciile medicale adiţionale**

**(1)**1.4.1. Serviciile medicale adiţionale reprezintă servicii care se oferă opţional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competenţă dobândită prin parcurgerea unui program educaţional specific, certificat suplimentar, după caz.

**(2)**1.4.2. Servicii adiţionale: ecografia generală - abdomen şi pelvis;

**(3)**\_

**1.**NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen şi pelvis se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

**2.**NOTA 2: Numărul maxim de servicii adiţionale ce pot fi efectuate şi acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

**SUBSECŢIUNEA V:** **1.5. Activităţile de suport**

**(1)**Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:

**a)**concediu medical;

**b)**bilete de trimitere;

**c)**prescripţii medicale;

**d)**adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

**e)**acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile legii;

**f)**adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate - eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanţ ale preşcolarilor şi elevilor şi numai la înscrierea în fiecare ciclu de învăţământ şi avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului educaţiei, cercetării, tineretului şi sportului şi al ministrului sănătăţii nr. [**5298**](https://idrept.ro/00145366.htm)/[**1668/2011**](https://idrept.ro/00145370.htm) pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preşcolarilor şi elevilor din unităţile de învăţământ de stat şi particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenţei medicale gratuite şi pentru promovarea unui stil de viaţă sănătos, cu modificările şi completările ulterioare;

**g)**certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. [**1134**](https://idrept.ro/00046041.htm)/[**C-255/2000**](https://idrept.ro/00046042.htm) pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale;

**h)**fişa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilităţi pentru încadrarea şi reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei naţionale nr. [**1985**](https://idrept.ro/00182579.htm)/[**1305**](https://idrept.ro/00182580.htm)/[**5805/2016**](https://idrept.ro/00182581.htm) privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale speciale;

**i)**adeverinţe încadrare în muncă pentru şomerii beneficiari ai pachetului de bază.

**(2)**\_

**1.**NOTA 1: Activităţile de suport sunt consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

**2.**NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.

**SUBSECŢIUNEA VI:** **1.6. Servicii de administrare de medicamente**

**(1)**1.6.1. Administrarea de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu, se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.

**(2)**1.6.2. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. [**6/2018**](https://idrept.ro/00191300.htm) privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii [**1171/2015**](https://idrept.ro/00173164.htm) pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

**CAPITOLUL III:** **C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR.** [**883/2004**](https://idrept.ro/12012385.htm) **AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII.**

**1.**Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 şi 1.2 şi la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

**2.**Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [**883/2004**](https://idrept.ro/12012385.htm) al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

**3.**Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 şi 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.