

ASISTENȚA MEDICALA PRIMARA

I. PACHET DE SERVICII DE BAZĂ - ACORDAT PERSOANELOR ASIGURATE -

A. SERVICII CARE SUNT DECONTATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRIN TARIF PE SERVICIU MEDICAL:

Denumire serviciu medical	Frecvență/Plafon	Nr. Puncte pentru serviciile decontate prin plata pe serviciu	Valoare minimă garantată a punctului pentru plata pe serviciu medical, în vigoare (lei)	Tarif decontat pe serviciu pentru medic specialist (lei)	Tarif decontat pe serviciu pentru medic primar (lei)	Tarif decontat pe serviciu pentru medic care nu a promovat un examen de specialitate (lei)
c1	c2	c3	c4	c5=c3*c4	c6=c5+c5*20%	c7=c5 - c5*10%
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0 - 18 ani						
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consultație				
d) - de la 4 la 18 ani	1 consultație/an/ asigurat	5,5 puncte/consultație				
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei						
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic						
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	maxim 2 consultații/asigurat o dată la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei (în anul în care se realizează evaluarea riscului individual)	5,5 puncte/consultație				
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație				
c) asigurați cu vârsta >40 ani	1 - 2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație				
4. Servicii medicale curative						
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/asigurat/episod	5,5 puncte/consultație				
b) Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice	1 consultație/asigurat/ lună	5,5 puncte/consultație				
c) Management de caz:						
c.1) evaluarea inițială a cazului nou						
c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;				

c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 Luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;				
c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 Luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;				
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) și c.1.3)				
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul - monitorizării managementului de caz	6 puncte/consultație în cadrul monitorizării- management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 60 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează 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.				
5. Servicii la domiciliu:						
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație				
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație				
c) Boli cronice	4 consultații/an/asigurat	15 puncte/consultație				
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrisi pe lista proprie						
d.1) evaluarea inițială a cazului nou						
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;				
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;				
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;				
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate				
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul - monitorizării managementului de caz	16 puncte/consultație în cadrul monitorizării- management de caz; intervalul maxim între cele 2 consultații este de 60 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare managementului de caz.				

e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului			
6. Serviciile medicale adiționale				Tarif (lei)	Tarif (lei)
a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate	Maximum 3 investigații pe oră/medic			10 lei	10 lei
b) ecografie generală - abdomen și pelvis	Maximum 3 investigații pe oră/medic			60 lei	60 lei

B. SERVICII CARE SUNT DECONTATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRIN PLATA "PER CAPITA" (TARIF / PE PERSOANĂ ASIGURATĂ)

Denumire serviciu medical	Frecvență/Plafon
c1	c2
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană - pentru fiecare situație de urgență
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și 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)	1 consultație per persoană - pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie
3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	2 consultații pe an calendaristic, pe asigurat.
a) consilierea femeii privind planificarea familială;	- consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b);
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc	
4. Activități de suport - sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente:	sunt acordate ca urmare a actului medical acordat de medicul de familie, pentru serviciile din pachetul de bază
o concediu medical	
o bilete de trimitere,	
o prescripții medicale,	
o adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri,	
o acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului,	
o adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate	eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ
o avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare,	
5. Servicii de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz,	acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.

TARIF / PERSOANĂ ASIGURATĂ:

Grupa de vârstă	Număr de puncte/ persoană/an*)	Valoare minim garantată a punctului per capita în vigoare (lei)	Valoare decontată medic specialist/ persoană/an (lei)	Valoare decontată medic primar/ persoană/an (lei)	Valoare decontată medic care nu a promovat un examen de specialitate / persoană/an (lei)
c0	c1	c2	c3=c1*c2	c4=c3+c3*20%	c5=c3-c3*10%
0 - 3 ani	11,2 puncte				
4 - 59 ani	7,2 puncte				
60 ani și peste	11,2 puncte				
pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate	11,2 puncte				

**II. PACHET MINIMAL DE SERVICII
- ACORDAT PERSOANELOR NEASIGURATE -**

SERVICII DECONTATE PRIN TARIF/SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical	Frecvență/Plafon	Nr. Puncte pentru serviciile decontate prin plata pe serviciu	Valoare minim garantată a punctului pe serviciu în vigoare - lei -	Tarif decontat pe serviciu pentru medic specialist - lei -	Tarif decontat pe serviciu pentru medic primar - lei -	Tarif decontat pe serviciu pentru un medic care nu a promovat un examen de specialitate - lei -
c1	c2	c3	c4	c5=c3*c4	c6=c5+c5*20%	c7 = c5 - c5*10%
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație				
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație				
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lehuziei						
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
d) urmărirea lehuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
e) urmărirea lehuziei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/persoană					
a) consilierea femeii privind planificarea familială;	- consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b);	5,5 puncte/consultație				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc						
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului				
6. Servicii de prevenție:						
Consultația preventivă	1 consultație o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultație				