

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală primară**

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

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

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

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

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

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicioasă și confirmată.

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;

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

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

D. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

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

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

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

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

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale facultativ înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciionată și confirmată.

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.

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

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

D. Activități de suport. Eliberare de acte medicale, certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

F. Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

Casa de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

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

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

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

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

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Servicii medicale profilactice/de prevenție:

1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
- b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;
- h) la 15 luni;
- i) la 18 luni;
- j) la 24 luni;
- k) la 36 luni.

2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:

- a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;
- b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în luna în care este născut.

c) supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, și cuprinde: sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic și alte activități care nu se finalizează cu eliberarea de prescripții medicale sau prescriere de investigații medicale paraclinice.

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.

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

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

6. Servicii de promovare a sănătății

Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, cumulată la nivelul medicului de familie și medicului de specialitate din ambulatoriul clinic. Dacă cazul este rezolvat la nivelul medicului de familie casa de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Pentru același episod de boală acută/subacută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, și pentru cazul respectiv este necesară trimiterea către medicul/medicia de specialitate din ambulatoriul clinic, medicul de familie eliberează bilet de trimitere către medicul/medicia de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate (una sau două consultații).

NOTA 3: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 4: În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 5: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6, din care la nivelul medicului de familie pot fi acordate maximum 2 consultații.

NOTA 6: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

NOTA 7: Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice o consultație lunară, iar prescripția/prescripțiile medicală/medicale aferentă/aferente pot fi eliberate pentru 30/31, 60/62 sau 90/91/92 de zile.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice

a) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri.

b) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la casa de asigurări de sănătate;
- raportarea semestrială a modificărilor intervenite/mișcarea semestrială/intrări/ieșiri.

Afecțiunile cronice sunt următoarele:

- sindroame poststreptococice la copii;
- cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice;
- digestive: sindrom de malabsorbție;
- de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți);
- ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă;
- ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic;
- endocrine: distrofii endemice tireopate, gușă (copii și adulți);
- psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice;
- oftalmologice: glaucom.

E. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 20 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

NOTA 1: Consultațiile la domiciliu se consemnează în "Caietul de consultații la domiciliu" care va conține: data și ora consultației, numele, prenumele și CNP-ul/codul unic de asigurare al asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul deplasării la domiciliu, diagnosticul prezumat, tratamentele administrate, semnătura beneficiarului sau numele, prenumele, CNP-ul/codul unic de asigurare și semnătura aparținătorului, bilet de trimitere (seria și numărul), după caz. Informațiile din Caietul de consultații la domiciliu se transcriu în fișa medicală.

NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) consultația se acordă în aceleași condiții ca și la

cabinetul medical. În cadrul consultației la domiciliu, medicul de familie efectuează și controlul periodic al acestor bolnavi.

NOTA 3: Pentru bolnavii cu afecțiuni acute/subacute consultația la domiciliu se acordă în aceleași condiții ca și la cabinetul medical.

F. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății

Aceste servicii reprezintă consultațiile ce se acordă asiguraților conform literelor C și E și pentru care, suplimentar, după caz, se efectuează ecografie generală (abdomen + pelvis) și/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, în vederea interpretării.

NOTĂ: Consultația prevăzută la litera F nu se raportează ca și consultație prevăzută la litera C sau litera D.

G. Servicii medicale paraclinice – efectuare și interpretare

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenței și a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în anexa nr. 11.

H. Activități de suport

Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale - certificat constatator de deces (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activități de suport sunt, după caz, consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

I. Efectuare și interpretare EKG, pentru alte situații decât cele prevăzute la lit. F

CAPITOLUL IV Dispoziții finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cu afecțiuni cronice se realizează conform listei de afecțiuni prevăzută la Capitolul III lit. D.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ și din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistență medicală la domiciliu, medicamentele și materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepția celor asigurate de către alte instituții în condițiile legii.

3. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și B și la cap. II lit. F.

Pentru situațiile care se încadrează la cap. II litera G și F, costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III.

5. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I, litera A și B sau de serviciile medicale prevăzute la cap. III, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie.