

ORDIN Nr. 196/139/2017 din 1 martie 2017 - Partea I
privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârîi Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii i a Contractului-cadru care reglementeaz condi iile acord rii asisten ei medicale, a medicamentelor i a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate pentru anii 2016 - 2017

Text în vigoare începând cu data de 11 august 2017
REALIZATOR: COMPANIA DE INFORMATIC NEAM

Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, pân la 11 august 2017.

Act de baz

#B: *Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017*

Acte modificatoare

#M1: *Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 362/183/2017*

#M2: *Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 727/509/2017*

#M3: *Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 876/824/2017*

#M4: *Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 931/854/2017*

Modific rile i complet rile efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În fa a fiec rei modific ri sau complet ri este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectiv , în forma [#M1](#), [#M2](#) etc.

#CIN

NOT :

Conform [art. 1](#) alin. (1) din Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 876/824/2017 ([#M3](#)), pentru punerea în aplicare a dispozi iilor [art. VII](#) din Ordonan a de urgen a Guvernului nr. 49/2017, în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate, furnizorii de servicii medicale, medicamente i dispozitive medicale, precum i furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale i altele asemenea acordate în cadrul programelor na ionale de s n tate curative - persoane fizice, persoane juridice de drept privat sau entit i f r personalitate juridic , nu au obliga ia de a aplica tampila pe declara ii, cereri, contracte sau orice alte documente sau înscrișuri depuse la

casele de asigurări de sănătate ori emise sau încheiate în relația cu casele de asigurări de sănătate.

#B

Având în vedere Referatul de aprobare nr. F.B. 1.728 din 1 martie 2017 al Ministerului Sănătății nr. D.G. 266 din 27 februarie 2017 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în temeiul prevederilor:

- [art. 229](#) alin. (4) și [art. 291](#) alin. (2) din [titlul VIII](#) "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicat, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârii Guvernului nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârii Guvernului nr. 972/2006](#) pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, prevăzute în [anexele nr. 1 - 51](#), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017. De la această dată se abrogă [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 477 și 477 bis din 27 iunie 2016, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ANEXA 1

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2. supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3. consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei
- 1.4. consultațiile de planificare familială
- 1.5. servicii de prevenție
- 1.6. activități de suport

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

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscris pe lista unui medic de familie.

NOTA 1: Medicina 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.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentară 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](#) 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 în condiții de stagiul de cotizare.

1.2.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei:

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 leuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea leuziei la 4 săptămâni de la naștere;

1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sânul copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare pentru testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.

NOT : 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.

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:

a) consilierea persoanei privind planificarea familială ;

b) indicarea unei metode contraceptive.

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

1.5. Serviciile de prevenție - consultație preventivă :

Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate se acordă o dată la 3 ani și cuprinde:

- a. consulta ie (anamnez , examen obiectiv, diagnostic);
- b. recomandare pentru examene paraclinice pentru încadrarea într-o grup de risc;
- c. sfat medical, recomand ri regim igienic-dietetic.

Consulta ia se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiar de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie.

1.6. Activit ile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau f r eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excep ia situa iilor de suspiciune care necesit expertiz medico-legal , conform [Ordinului](#) ministrului justi iei i ministrului s n t ii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constat rilor i a altor lucr ri medico-legale.

NOT : Se deconteaz un serviciu - consulta ie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dac s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.

2. Persoanele care beneficiaz de pachetul minimal de servicii medicale suport integral costurile pentru investiga iile paraclinice recomandate i tratamentul prescris de medicii de familie, precum i costurile altor activit i de suport altele decât cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZ ÎN ASISTEN A MEDICAL PRIMAR

1. Pachetul de servicii medicale de baz în asisten a medical primar cuprinde urm toarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative pentru urgen e medico-chirurgicale, afec iuni acute, subacute, acutiz rile unor afec iuni cronice i pentru afec iuni cronice
- 1.2. servicii medicale de preven ie i profilaxie
- 1.3. servicii medicale la domiciliu
- 1.4. servicii medicale adi ionale
- 1.5. activit i de suport
- 1.6. servicii de administrare de medicamente

1.1. Servicii medicale curative pentru urgen e medico-chirurgicale, afec iuni acute, subacute, acutiz rile unor afec iuni cronice i pentru afec iuni cronice

1.1.1. Servicii medicale pentru situa iile de urgen e medico-chirurgical : asisten medical de urgen - anamnez , examen clinic i tratament - se acord în limita competen ei i a dot rii tehnice a cabinetului medical în cadrul c ruia î i desf oar activitatea medicul de familie. Asisten a medical de urgen se refer la cazurile de cod ro u, cod galben i cod verde prev zute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului s n t ii publice i al ministrului internelor i reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului](#)

IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu.

1.1.1.2. Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată 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-chirurgicale se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

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

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, care cuprinde:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- d. manevre de mică chirurgie, după caz;
- e. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- f. bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- g. recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;

j. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizările unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultații.

NOT : 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, precum și data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul.

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

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

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

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

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

b) Monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

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

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor întregi; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice;

ini ierea interven iilor de modificare a riscului, evaluarea r spunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor int specifice cazului.

Consulta ia în cadrul evalu rii ini iale cuprinde: anamneza; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspec ie, asculta ie i palpare pentru eviden ierea semnelor de afectare a organelor int , eviden ierea semnelor clinice pentru comorbidit i care pot induce HTA secundar , m surarea circumferin ei abdominale, examinarea piciorului pentru pacien ii cu diabet zaharat tip 2, m surarea TA; bilet de trimitere pentru consulta ie de specialitate/investiga ii paraclinice în vederea efectu rii: hemoleucogram complet , glicemie, profil lipidic complet, ionogram seric , acid uric seric, creatinin seric , microalbuminurie, EKG;

Interven iile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de via , fumat, diet , activitate fizic ; interven ii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile int stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de via i/sau terapie medicamentoas ; educa ie pentru auto-îngrijire.

NOT : Pentru ini ierea i ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesar recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutri ie i boli metabolice.

b. Monitorizare activ a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie i diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilan ul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evolu iei afec iunii - screening-ul complica iilor/afectarea organelor int ; tratament/ajustarea medica iei, dup caz.

NOT : Pentru tratamentul i ajustarea medica iei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesar recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutri ie i boli metabolice

Consulta iile în cadrul monitoriz rii active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investiga ii paraclinice specifice respectiv hemoleucogram complet , glicemie, profil lipidic complet, ionogram seric , acid uric seric, creatinin seric , microalbuminurie, EKG, dozare protein urinar , în func ie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în func ie de nivelul de risc pentru consulta ie de specialitate la cardiologie, medicin intern , diabet zaharat, nutri ie i boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice i educa ie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

I. Nivel de risc sc zut: SCORE < 1 plus $155 < \text{LDL-C} < 190 \text{ mg/dl}$ i/sau $140/90 < \text{TA} < 160/99$ (TAS i/sau TAD)

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

III. Nivel de risc înalt i foarte înalt: SCORE > 5 i/sau $\text{LDL-C} > 100 \text{ mg/dl}$ i/sau $\text{TA} > 180/110$, i/sau afectarea organelor int , i/sau boal renal i/sau prezen a concomitent a DZ i/sau ≥ 3 FRS

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bron ic i boala cronic respiratorie obstructiv - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: stratificarea nivelului de severitate; întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor interne, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice/explorații funcționale: hemoleucogram complet, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz;

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

a.1. Pentru astm bronșic - inițierea terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

a.1.1. - astm bronșic controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în ≤ 2 ocazii/săptămână, absența simptomelor nocturne, fără limitarea activității, funcție pulmonară normală, absența exacerbărilor;

a.1.2. - astm bronșic parțial controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână, prezența simptomelor nocturne, funcție pulmonară $< 80\%$ din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activității, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

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

Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.

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

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

a.2.2. - toți pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate I - II cu dispnee - inițierea terapiei de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - dacă este necesar)

a.2.3. - bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate III și IV pentru inițierea terapiei combinate respectiv oxigenoterapie sau/ și pacienții cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică.

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

Pentru astm bronhic - inta terapeutic - controlul simptomelor cu combina ia farmacologic i în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - inta terapeutic - renun area la fumat i controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii i prevenirea exacerb rilor.

Consulta iile în cadrul monitoriz rii active includ: anamnez , factori declan atori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspec ie, ausculta ie i palpare pentru eviden ierea semnelor de afectare a organelor int , eviden ierea semnelor clinice pentru comorbidit i; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în func ie de severitate - pentru efectuarea de investiga ii paraclinice pentru stabilirea severit ii/nivelului de control i monitorizarea evolu iei astmului bronhic i BPOC: spirometrie, hemoleucogram complet i dac se suspecteaz complica ii - radiografie pulmonar , dup caz; bilet de trimitere - management de caz, în func ie de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie i medicin intern , dup caz.

Educa ia pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de via : fumat, diet , activitate fizic +/- consiliere/vaccinare antigripal .

Evaluarea complian ei la recomand rile terapeutice, cu aten ie sporit la complian a la medicamente i verificarea la fiecare vizit a în elegerii utiliz rii diferitelor clase de medicamente i a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea ini ial a cazului nou depistat const în: evaluarea gradului de risc în func ie de filtratul glomerular, albuminurie i boala renal primar ; stabilirea obiectivelor terapeutice i întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) i ini ierea terapiei.

Consulta ia în cadrul evalu rii ini iale cuprinde: anamnez (antecedente familiale i personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afect rii renale i al co-morbidit ilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investiga ii paraclinice: creatinin seric cu determinarea ratei de filtrare glomerular estimat - eRFG, examen sumar de urin , albumin /creatinin urinar , ecografie de organ - renal ; bilet de trimitere pentru consulta ie de specialitate la nefrolog a pacien ilor cu risc mediu-mare (raport albumin /creatinin peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopic de cauz non-urologic), hipertensiune arterial necontrolat .

Ini ierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de via : renun are la fumat, diet hiposodat , activitate fizic ; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG i al dislipidemieii, dup caz; educa ia pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activ a cazului luat în eviden : bilan ul periodic al controlului terapeutic (presiune arterial , raport albumin /creatinin urinar , declin eRFG); revizuirea medica iei (medicamente, doze), dup caz; evaluarea aderen ei la programul terapeutic (diet , medica ie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investiga ii paraclinice creatinin seric cu

determinarea ratei de filtrare glomerular estimat - eRFG, albumin /creatinin urinar ; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice sunt:

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

- a. creșterea și dezvoltarea;
 - b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
 - c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă /sex;
- serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform [anexei nr. 2 C](#) la ordin.

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

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultațiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător preveniei.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma complet
- Sideremie

2. Pentru screeningul rahitismului:

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

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

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

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Vârsta cuprins între 10 ani și 17 ani inclusiv

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

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

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

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

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere; se decontează o consultație.

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

NOTĂ: 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.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizat

prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform [anexei nr. 2 C](#) la ordin. Se decontează maxim 2 consultații/asigurate în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2 și se decontează maxim 2 consultații/asigurate, anual.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizat prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform [anexei nr. 2 C](#) la ordin. Se decontează maxim 2 consultații/asigurate, anual.

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

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

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

- Hemoleucogram complet
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina seric

b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină

- VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

- Hemoleucogram complet
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina seric
- PSA la bărbați
- TSH și FT4 la femei

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 specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma complet prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentară) 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](#) la H.G. nr. 1186/2000.

1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială :

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților 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 și lehezilor.

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

1.3.1. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum 2 consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

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

1.4. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

1.4.1. Serviciile adiționale sunt:

- a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
- b) ecografie generală - abdomen și pelvis

NOTA 1*): 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 prevăzute în [anexa 20](#) la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii generale, examene EKG - efectuare și interpretare ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente:

- concediu medical,
- bilete de trimitere,
- prescripții medicale,
- adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri,
- acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, conform [Legii](#) asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare

- 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 și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform [Ordinului](#) ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea studenților de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, cu modificările și completările ulterioare

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

NOTA 1: Activitățile de suport sunt consecința actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

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

1.6. 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.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE

EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎN ELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 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 lit. B.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Suma convenit prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabilește astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte/ persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani.

NOTA 2: În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - și persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie atașează la fișă medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3: Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani și peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform [art. 1](#) alin. (2) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentat la contractare.

Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 3 luni - după încetarea convenției încheiate pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentat la data încheierii contractului.

3. Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare care se ia în calcul pentru

stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorial /zon urban este de 1.800.

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul spt mânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la [lit. B](#) pct. 1.3 din [anexa nr. 1](#) la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

5. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează :

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorial /zon urban cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la [art. 1](#) alin. (3) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se reduce după cum urmează :

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorial /zon urban - în condițiile prevederilor [art. 11](#) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr.

161/2016, cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor [art. 1](#) alin. (3) și (5) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorial /zon urban - în condițiile prevederilor [art. 11](#) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorial /zon urban - în condițiile prevederilor [art. 14](#) [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiat convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la [art. 1](#) alin. (3) și alin. (5) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate încetează la expirarea celor 3 luni, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor [art. 1](#) alin. (3) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la actul normativ mai sus menționat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relației contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârșitul celor 3 luni.

Dacă după prelungirea relației contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiția privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condițiile [art. 1](#) alin. (6) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) din actul normativ mai sus menționat.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la [art. 1](#) alin. (3) și alin. (5) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) din actul normativ mai sus menționat, venitul se stabilește conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situații:

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de

specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile [art. 1](#) alin. (2) lit. a) pct. 4, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat.

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie conveniile de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a conveniei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului constatator de deces și 1.6 din [anexa nr. 1](#) la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 de la litera B din [anexa nr. 1](#) la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plată pe serviciu medical este:

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ / PLAFON	NR. PUNCTE
---------------------------	--------------------	------------

A. Pachet minimal		
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgical	1 consulta ie per persoan pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consulta ie
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consulta ie per persoan pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciat și confirmat , inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consulta ie
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și leuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consulta ie	5,5 puncte/consulta ie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consulta ie pentru fiecare lună	5,5 puncte/consulta ie
c) supravegherea, de două ori pe lună , din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consulta ii pentru fiecare lună	5,5 puncte/consulta ie
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consulta ie la domiciliu	15 puncte/consulta ie
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consulta ie	5,5 puncte/consulta ie
4. Servicii de planificare familială	2 consulta ii/an calendaristic/persoană	5,5 puncte/consulta ie
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 consulta ie o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consulta ie

B. Pachet de baz		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asigura ilor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consulta ie la domiciliu	15 puncte/consulta ie
b) - la 1 lun - la domiciliul copilului	1 consulta ie la domiciliu	15 puncte/consulta ie
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consulta ie pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consulta ie
d) - de la 4 la 18 ani	1 consulta ie/an/asigurat	5,5 puncte/consulta ie
2. Monitorizarea evolu iei sarcinii și l uziei		
a) luarea în eviden în primul trimestru;	1 consulta ie	5,5 puncte/consulta ie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pân în luna a 7-a;	1 consulta ie pentru fiecare lun	5,5 puncte/consulta ie
c) supravegherea, de dou ori pe lun , din luna a 7-a pân în luna a 9-a inclusiv;	2 consulta ii pentru fiecare lun	5,5 puncte/consulta ie
d) urm rirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consulta ie la domiciliu	15 puncte/consulta ie
e) urm rirea lehuzei la 4 s pt mâni de la naștere;	1 consulta ie	5,5 puncte/consulta ie
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
a) asigura i cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consulta ii/asigurat o dat la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consulta ie

b) asigura i cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consulta ii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consulta ie
c) asigura i cu vârsta > 40 ani	1 - 2 consulta ii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consulta ie
4. Servicii medicale curative		
a) Consulta ia în caz de boal pentru afec iuni acute, subacute și acutiz rile unor afec iuni cronice	2 consulta ii/asigurat/ episod	5,5 puncte/consulta ie pentru consulta iile care se încadrează în limitele prev zute la lit. b) a alin. (3)
b) Consulta ii periodice pentru îngrijirea general a asigura ilor cu boli cronice	1 consulta ie/asigurat/ lun	5,5 puncte/consulta ie pentru consulta iile care se încadrează în limitele prev zute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea ini ial a cazului nou		
c.1.1) evaluarea ini ial a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consulta ii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consulta ie în cadrul evalu rii ini iale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dat de început data primei consulta ii în cadrul evalu rii;
c.1.2) evaluarea ini ial a cazului nou de astm bronșic și boala cronic respiratorie obstructiv - BPOC	3 consulta ii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consulta ie în cadrul evalu rii ini iale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dat de început data primei consulta ii în cadrul evalu rii;
c.1.3) evaluarea ini ial a cazului nou de boal cronic de rinichi	3 consulta ii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consulta ie în cadrul evalu rii ini iale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dat de început

		data primei consulta ii în cadrul evalu rii;
	0 singur dat , în trimestrul în care a fost făcut confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prev zute 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 cronic respiratorie obstructiv - BPOC, boala cronic de rinichi)	2 consulta ii în cadrul monitoriz rii managementului de caz	6 puncte/consulta ie în cadrul monitoriz rii - management de caz; Se raportează fiecare consulta ie odat cu activitatea lunii în care a fost efectuat , iar intervalul maxim între cele 2 consulta ii este de 60 de zile; O nou monitorizare de management de caz se efectuează dup 6 luni consecutive, calculate fa de luna în care a fost efectuat cea de a doua consulta ie din cadrul monitoriz rii anterioare a managementului de caz.
5. Servicii la domiciliu:		
a) Urgen	1 consulta ie pentru fiecare situa ie de urgen	15 puncte/consulta ie care se încadrează în limitele prev zute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutiz ri ale bolilor cronice	2 consulta ii/episod	15 puncte/consulta ie care se încadrează în limitele prev zute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	4 consulta ii/an/asigurat	15 puncte/consulta ie care se încadrează în limitele prev zute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asigura ii		

nedeplasabili înscriși 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 dat 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 dat 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 dat de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
	0 singur dat, 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. d.1.1), d.1.2) și d.1.3)
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; - 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 nou monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuat cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plată pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultație în cabinet este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile [art. 1](#) alin. (2) lit. a) pct. 4;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi.

- maximum 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la litera A și litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 și 1.5 pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces din [anexa nr. 1](#) la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 din [anexa nr. 1](#) la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.

ART. 2

Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripția medicală electronică sau formularul de prescripție medicală cu regim special, unic pe arhă pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope până la data implementării prescripției electronice pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale permise de la medicul de medicină muncii, se va completa prescripția medicală electronică distinct;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul, care se consemnează în fișa de consultație și în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru prevenirea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola și raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

d) recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în [anexa nr. 31 C](#) la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

ART. 3

(1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înțelegerea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligații contractuale aflați în evidența acestora, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situa ia în care preluarea activit ii se face de c tre medici afla i în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate, se asigur prelungirea corespunz toare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în func ie de necesit i.

(2) Perioadele de absen motivat a medicului de familie se refer la: incapacitate temporar de munc , concediu de sarcin /lehuzie, concediu pentru cre terea i îngrijirea copilului pân la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap pân la împlinirea de c tre acesta a vârstei de 3 ani, vacan pentru o perioad de maximum 30 de zile lucr toare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate i reziden ial în specialitatea medicina de familie, perioad cât ocup func ii de demnitate public alese sau numite, perioad în care unul dintre so i îl urmeaz pe cel lalt trimis în misiune permanent în str in tate sau s lucreze într-o organiza ie interna ional în str in tate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se afl în una din situa iile men ionate mai sus, cu excep ia perioadei de vacan , s depun la sediul casei de asigur ri de s n tate, documentul justificativ care atest motivul absen ei.

(3) Pentru perioade de absen mai mici de 30 de zile lucr toare, înlocuirea medicului absent se poate face i pe baz de reciprocitate între medici, cu condi ia ca medicul înlocuitor s - i desf oare activitatea în aceea i localitate cu medicul înlocuit sau în zon limitrof , în acest caz medicul înlocuitor prelungindu- i programul de lucru în func ie de necesit i. Pentru situa iile de înlocuire pe baz de reciprocitate/medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigur ri de s n tate, cu cel pu in o zi lucr toare anterior perioadei de absen , un exemplar al conveniei de reciprocitate conform modelului prev zut în [anexa 4](#) la ordin i va afi a la cabinetul medical numele i programul medicului înlocuitor, precum i adresa cabinetului unde î i desf oar activitatea. Înlocuirea medicului absent pe baz de reciprocitate între medici se face pentru o perioad cumulat de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

În desf urarea activit ii, medicul înlocuitor utilizeaz parafa proprie, semn tura electronic proprie pentru prescrierea electronic de medicamente, registrul de consulta ii i formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescrip iile medicale electronice ale medicului înlocuit, num rul de contract i tampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absen prev zute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angaja i, cu prelungirea corespunz toare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angaja i care s acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prev zut în contractul încheiat cu casa de asigur ri de s n tate.

În desf urarea activit ii, medicul angajat utilizeaz parafa proprie, semn tura electronic proprie pentru prescrierea electronic de medicamente, registrul de consulta ii al cabinetului în care medicul angajat î i desf oar activitatea, num rul de contract i tampila cabinetului medical.

(5) Suma convenit prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferent perioadei de absen se vireaz de c tre casa de asigur ri de s n tate în contul titularului contractului, urmând ca în conven ia de înlocuire s se stipuleze în mod obligatoriu condi iile de plat a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, dup caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligațiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizat de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. Pentru situațiile de reciprocitate între medici, aceștia încheie o convenție de reciprocitate, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizat de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

(2) Convenția de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor agreeat de medicul înlocuit, pentru perioade de absență mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenția cu medicul înlocuitor, conform [anexei nr. 5](#) la ordin.

(3) Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătură electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și tampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5

(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se tampa cabinetului și parafa medicului angajat, respectiv semnătură electronică proprie și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular câștigă cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6

Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2017 are următoarea structură :

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 183](#) alin. (3) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorial /zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică corespunzător ca și procentajul ajustările prevăzute la [art. 1](#) alin. (2) lit. d) pct. 1;

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egal cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.

3. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit prevederilor de la pct. 1 și pct. 2.

ART. 7

Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenței medicale primare, din care se scade suma corespunzătoare [art. 6](#) pct. 1, se defalcchează pe trimestre.

ART. 8

(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unic pe țară, este de 4,8 lei, valabil pentru anul 2017.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unic pe țară și este de 2,2 lei, valabil pentru anul 2017.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita și pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per capita și pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condițiilor prevăzute la [art. 1](#) alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu, unic pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiat o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata per serviciu.

ART. 9

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART. 10

Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 11

Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în [anexa nr. 2 A](#) la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscirerea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, e-mail, fax), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și paraf care este conform cu originalul, prin poștă, e-mail, fax/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana prestează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 12

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătite eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" și la valoarea definitivă a punctului pe serviciu stabilit pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate și se comunică în format electronic furnizorilor.

ART. 13

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 14

(1) În aplicarea [art. 17](#) alin. (1) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la [art. 3](#) alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 15

Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografiile generale (abdomen și pelvis) și/sau EKG, la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua și interpreta aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenirea de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesară să se efectueze aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografiile generale (abdomen și pelvis) numai dacă au obținut competența confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Serviciile medicale paraclinice se execută în cadrul programului de lucru prelungit corespunzător, cu respectarea prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. a, [pct. 4](#), [art. 1](#) alin. (3), [lit. b](#)) și [art. 15](#) din [anexa 2](#).

ART. 16

Medicii de familie află și în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acord servicii medicale pe baza unui program, în conformitate cu prevederile [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 17

La contractare furnizorul depune lista cu asigurații înscriși pe lista proprie a fiecărui medic de familie, află și în evidență cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 2 D](#) la ordin. Lunar se raportează modificările intervenite/măsurile carea lunar/intrării/ieșirii, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ANEXA 2 A

I. CERERE DE ÎNSCRIERE

- model -

Nr. înregistrare _____/_____
Unitatea sanitară
CUI
Sediul (localitate, str. nr.)

VIZAT*),

la medicul de familie _____ din unitatea sanitar
_____ str. _____ nr. ____ jud./sector _____ e.mail
_____ fax _____

Declar pe propria r spundere:**)

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere deoarece:

- a survenit decesul medicului pe lista c ruia sunt înscriși()
- medicul de familie nu se mai afl în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate/contractul medicului de familie a fost suspendat
- a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista c ruia sunt înscriși()
- mi-am schimbat domiciliul din localitatea, jude ul, în localitatea jude ul
- a survenit încetarea arestului preventiv
- a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar
- a survenit încetarea pedepsei privative de libertate
- perioada de amânare sau de întrerupere a execut rii unei pedepse privative de libertate
- arest la domiciliu

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atest schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

R spund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semn tura:

*) Se completeaz cu datele unit ii sanitare în care î i desf oar activitatea medicul de familie pe lista c ruia se solicit transferul, respectiv semn tura i parafa acestuia.

**) Se bifeaz una din situa iile în care se afl asiguratul.

ANEXA 2 B

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscal

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a)*1) legitimat() cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asiguraţi de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2017 este valabilă conform cu evidenţele proprii existente la data de*2)

Subsemnatul(a)*3) legitimat() cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depuse /depuse în format electronic la Casa de Asiguraţi de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2017 este valabilă /sunt valabile conform /conforme cu evidenţele proprii existente la data de*4), pentru următorii medici de familie:

-
-
-

NOT :

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

*2), *4) Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie.

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătură şi ştampila)

ANEXA 2 C

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRST ȘI SEX

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă /sex.

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă /sex va cuprinde următoarele:

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
- evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (surse apă) și recomandări;
- verificarea efectului în maternitate a screening-ului surdității;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusiv (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună :

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă
- evaluarea condițiilor de igienă (surse apă) și recomandări
- profilaxia rahitismului
- consiliere și suport pentru alăptare exclusiv (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație),
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă,
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă :

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii)
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementar (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS),
- continuarea alăptării recomandat de OMS până la vârsta de doi ani
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni
- evaluarea dezvoltării dentare, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor
- evaluare socio-emoțională
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste
- la copii de 12, 15 și 18 luni se vor identifica eventuale deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbește când dvs îi zâmbiți? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea:	0	2	1

Folosește cuvântul "mama" când v strig ?			
Poate sta singur în p tu când este treaz?	2	0	1
Reac ionează întotdeauna când este strigat pe nume?/Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observa iile medicului de familie			
Evit privirea direct /Nu sus ține contactul vizual	1	0	-
Evident lips de interes pentru persoane	1	0	-
Dup 24 de luni: stereotipii motorii (flutur mâinile, op ie, merge pe vârfuri, se învârte în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomand ri
Scor	0 - 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere c tre medicul de specialitate psihiatrie pediatric /neuropsihiatrie pediatric

Medicul de familie parcurge toate întreb rile, începând cu prima întrebare, va nota varianta de r spus cea mai apropiat de comportamentul copilului men ionat de c tre p rintele/apar in torul/tutorele legal al copilului i completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunz tor dup observarea direct a comportamentului copilului.

La sfâr itul complet rii chestionarului efectuează adunarea scorurilor i bifează scorul în care se încadrează copilul în cauz .

Medicul de familie prezint p rintelui/apar in torului/tutorelei legal atitudinea terapeutic necesar ulterior.

În cazul în care copilul eviden iaz un risc mediu sever, medicul explic p rintelui/apar in torului/tutorelei legal necesitatea prezent rii la medicul de specialitate psihiatrie pediatric /neuropsihiatrie pediatric pentru evaluare complex i stabilirea terapiei comportamentale i/sau medicamentoase.

d. Consulta ia preventiv a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani i 5 ani i cuprinde acelea i examin ri i înregistr ri de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaug :

- evaluarea practicilor nutri ionale (anamnez nutri ional adresat p rin ilor) i consiliere pentru o alimenta ie s n toas i comportament alimentar s n tos al întregii familii;

- continuu profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamei și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

- revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani.

- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literelor c, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică /neuropsihiatrie pediatrică.

În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani și 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC)
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce
- mesaje de consiliere întinse pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe)

- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:

- consiliere și screening BTS, la cei cu comportament la risc
- recomandare VDRL sau RPR,
- screening-ul depresiei
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/indicație vaccinare HPV

- consiliere privind stilul de via s n tos: activitate fizic , nutri ie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violen

- consiliere pentru planificare familial (adolescen i care au început via a sexual)

În cadrul consulta iilor preventive copiii beneficiaz de investiga ii paraclinice - analize de laborator prev zute la nota 1 lit. c) i nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dac în anul în care se acord consulta ii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investiga ii. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomand consult de specialitate.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADUL I ASIMPTOMATICI

Consulta ia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea i interven ia asupra riscurilor modificabile asociate afec iunilor cu pondere important asupra poverii îmboln virilor: boli cardiovasculare i metabolice, cancer, s n tatea mintal , s n tatea reproducerii.

Evaluarea complex a riscului individual în func ie de vârst /sex se realizeaz prin consulta ie i/investiga ii specifice consemnate în riscogram .

B1. Consulta ii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 i 39 ani

În cadrul consulta iilor preventive asigura ii asimptomatici beneficiaz de investiga ii paraclinice - analize de laborator prev zute la nota 1 lit. a) i b) i nota 2 de la pct. 1.2.3 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dac în anul în care se acord consulta ii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investiga ii. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg f r tratament i LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomand consult de specialitate.

Riscogram va cuprinde urm toarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra s n t ii (stilul de via)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an)
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat
- activitatea fizic
- dieta
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) const în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prev zute la punctul 2;

- încadrarea pacien ilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;

- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți)

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

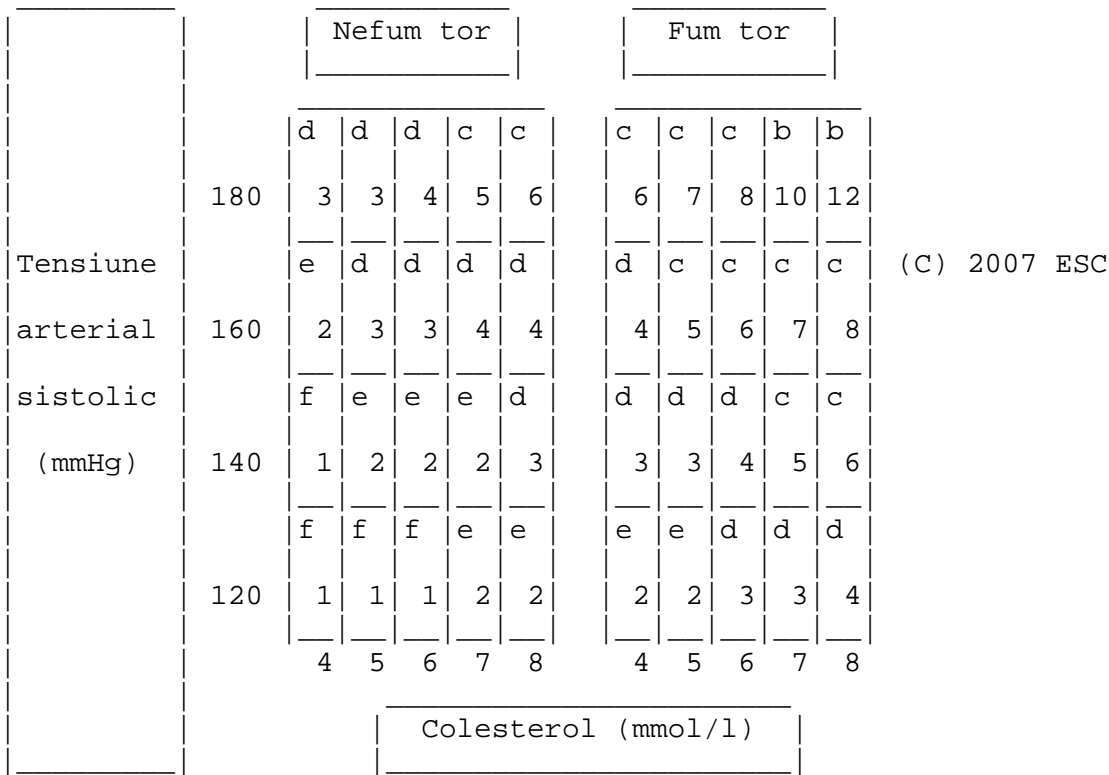
1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic

- colesterolul total, LDL colesterol și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic

- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:



- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde

NOT : Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu

microalbuminurie, boala cronic renal sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boala cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogram vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă

- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.)

- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babe - Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - 1 punct

c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte

e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

a. una sau două - 0 puncte

b. trei sau patru - 1 punct

c. cinci sau șase - 2 puncte

- d. apte sau nou - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

*) o b utur standard con ine 12 g alcool pur i este echivalent cu 1 doz de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de t rie a 40 ml

3. Cât de des be i 6 sau mai multe b uturi alcoolice standard la o singur ocazie?

- a. niciodat - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. s pt mânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la b rba i i 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întreb ri indic un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întreb ri pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întreb ri pentru screening-ul depresiei

1. V-a i pierdut interesul sau pl cerea pentru activit ile || DA || NU obișnuite în ultima lun ?
2. V-a i sim it trist, demoralizat sau neajutorat în ultima || DA || NU lun ?

R spunsul afirmativ la ambele întreb ri indic un risc înalt de depresie i impune trimiterea la consulta ii de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogram se consemneaz riscul privind consumul de alcool i riscul de depresie

3. Interven ii asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce prive te consumul inadecvat de alcool
- Selectarea cazurilor eligibile i trimitere pentru consiliere i consulta ii de specialitate

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de s n tatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârst fertil (18 - 39 ani)
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârst fertil (18 - 39 ani)
- evitarea riscurilor de infec ii de boli cu transmitere sexual la popula ia cu risc înalt

e.2. În riscogram vor fi consemnate:

- la femei 18 - 39 ani: statusul privind inten ia de sarcin , utilizarea unei metode de contracep ie;

- femeii și bărbații de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple)

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femeii 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat)

B.2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

În cadrul consultațiilor preventive asigurați asimptomaticii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.3 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:
 - fumatul (pachete/an)
 - consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2.
 - activitatea fizică
 - dieta
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute mai jos;
 - încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
 - aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
 - includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți)
 - Persoane ≥ 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani)
- În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la to i pacien ii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovascular (< 55 ani la b rba i, < 65 ani la femei) i/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total pentru b rba ii cu vârsta mai mare de 40 ani i femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauz . Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dat la 5 ani.
- glicemia pentru persoanele care prezint urm torii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovascular i/sau boli familiale ale metabolismului lipidic.
- creatinina seric - toate persoanele cu TA > 140/90

FEMEII

B RBA I

		Nefum toare					Fum toare							Nefum tor					Fum tor				
180		c	c	c	b	b	b	a	a	a	a	65		b	a	a	a	a	a	a	a	a	a
		7	8	9	10	12	13	15	17	19	22			14	16	19	22	26	26	30	35	41	47
160		c	c	c	c	c	c	b	b	b	a			c	b	b	a	a	a	a	a	a	a
		5	5	6	7	8	9	10	12	13	16			9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
140		d	d	d	c	c	c	c	c	c	b	60		c	c	c	b	b	b	a	a	a	a
		3	3	4	5	6	6	7	8	9	11				6	8	9	11	13	13	15	17	20
120		e	e	d	d	d	d	c	c	c	c			d	c	c	c	c	c	b	b	b	a
		2	2	3	3	4	4	5	5	6	7			4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
180		d	d	c	c	c	c	c	b	b	b	60		c	b	b	a	a	a	a	a	a	a
		4	4	5	6	7	8	9	10	11	13				9	11	13	15	18	18	21	24	28
160		d	d	d	d	c	c	c	c	c	c			c	c	c	b	b	b	b	a	a	a
		3	3	3	4	5	5	6	7	8	9			6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
140		e	e	e	d	d	d	d	c	c	c			d	c	c	c	c	c	b	b	b	a
		2	2	2	3	3	3	4	5	5	6			4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
		f	f	e	e	e	e	d	d	d	d			d	d	d	c	c	c	c	c	b	b

- a - maro
- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde
- g - verde închis

2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează :
 - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual.
 - pentru RCV <= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.
- persoanele cu Risc SCORE >= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se includ în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).

NOT : sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronic renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă
 - expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate

2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate
 - trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.)
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
 - femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babe Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă)

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consuma o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consuma într-o zi obișnuită, atunci când bei?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin alb 125 ml sau 1 pahar de țiroie alb 40 ml.

3. Cât de des bei 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos.

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

În riscogram se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie.
Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate

e. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani)
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani)
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt

e.2. În riscogram vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină

NOT : în cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

ANEXA 2 D

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Jude

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie/

.....
 (nume prenume)
 CNP medic de familie/

**LISTA PERSOANELOR CU AFEC IUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZ EVIDEN
 DISTINCT LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE**

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Num r de identificare personal	Vârsta*)	Data intr rii în eviden a medicului de familie/
1. HTA			
1.			
2.			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2.			
...			
3. Dislipidemie			
1.			
2.			
...			
4. BPOC			
1.			
2.			
...			
5. Astm bronşic			

1.			
2.			
...			
6. Boala cronică de rinichi			
1.			
2.			
...			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.
4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Data:

ANEXA 3

- model -

**CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară**

I. Partile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel/fax, reprezentat prin președinte - director general

i

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:
- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin administratorul

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, reprezentat prin

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru reprezentat prin

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr., telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#).

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază în pachetul minimal de servicii prevăzute în [anexa nr. 1](#) la [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titularii ai cardului

europene de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

2, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

3, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 161/2016](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe

pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semntur electronic extins raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 186](#) alin. (1) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să înseamnă și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurați persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

k) să facă public valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultat în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să înregistreze în evidență distinctă persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatul medical corespunzător pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

n) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafăle medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să aducă la cunoștință persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la [art. 188](#) alin. (1) - (3) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurații și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și ale [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ar-bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat și medicul și furnizorul; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie la care asiguratul nu dorește să fie înscris, prin eliminarea asiguratului de pe listă.

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu cifră contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe ar, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope până la data implementării prescripției electronice pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu cifră contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărârea Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ar, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acesta se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimale de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul

stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu o contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu o contribuție personală prescrise, ce au fost

efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asigurarea tratamentului, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îndeplinește activitatea la furnizor.

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strâns legătură sau cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mărimea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-nscutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-nscutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

ad) să înscrie pe lista proprie gravidele și lechuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există altă opțiune;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a apărătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#);

af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listă a acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de

familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer conform modelului și condițiilor prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li s-a emis card național duplicat, precum și pentru copiii 0 - 18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer. Asiguratul își poate schimba medicul de familie înainte de expirarea termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista cărui se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat, în situația în care a fost preluat praxișul medicului de familie pe lista cărui se află înscris, în situația în care asiguratul își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta; Asiguratul își poate schimba medicul de familie înainte de expirarea termenului de 6 luni și în situația în care asiguratul se află în arest preventiv, sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv al asiguratului și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală care își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află asiguratul, acesta fiind înscris în această perioadă pe lista respectivului medic;

[#M2](#)

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicină a muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală /biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală /biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în [anexa nr. 43](#) la [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui

Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârîi Guvernului nr. 161/2016](#) i/sau este eliberat de medici care nu desf oar activitate în rela ie contractual /conven ie cu casa de asigur ri de s n tate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medical este stabilit în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârîi Guvernului nr. 161/2016](#).

Pentru persoanele care se încadreaz în Programul pentru compensarea în procent de 90% a pre ului de referin al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pân la 700 lei/lun , medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de c tre al i medici afla i în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate numai dac acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al c rei model este prev zut în norme. Începând cu luna iulie 2017, beneficiarii programului pentru compensarea în procent de 90% a pre ului de referin al medicamentelor sunt pensionarii cu venituri din pensii i indemniza ie social pentru pensionari, de pân la 900 lei/lun inclusiv, indiferent dac realizeaz sau nu alte venituri.

În situa ia în care un asigurat cu o boal cronic confirmat , înscris pe lista proprie de asigura i a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continu într-o sec ie de acu i/sec ie de cronici în cadrul unei unit i sanitare cu paturi aflate în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate, medicul de familie poate elibera prescrip ie medical pentru medicamentele i materialele sanitare din programele na ionale de s n tate, precum i pentru medicamentele aferente afec iunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condi iile prezent rii unui document eliberat de spital din care reiese c asiguratul este internat, al c rui model este stabilit în [anexa nr. 22C](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârîi Guvernului nr. 161/2016](#), i cu respectarea condi iilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

#B

ah) s recomande dispozitive medicale de protezare stomii i incontinen urinar , cu excep ia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ie ire din spital comunicat de c tre medicul de specialitate care îi desf oar activitatea în baza unei rela ii contractuale cu casa de asigur ri de s n tate, în condi iile prev zute în [Ordinul](#) ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ai) s întocmeasc bilet de trimitere c tre societ i de turism balnear i de recuperare i s consemneze în acest bilet sau s ata eze, în copie, rezultatele investiga iilor efectuate în regim ambulatoriu, precum i data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situa ia ata rii la biletul de trimitere a rezultatelor investiga iilor, medicul va men iona pe biletul de trimitere c a anexat rezultatele investiga iilor i

va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului ceruța următoare și se adreseze;

aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități sunt prevăzute în [Ordinul](#) ministrului Sănătății al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ak) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiat cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

al) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

am) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li s-a emis cardul național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ao) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu cifră contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în [anexa nr. 36](#) la Ordinul ministrului Sănătății al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguratilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale

acordate se face prin semn tur electronic extins potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicat . Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatic a asiguratorilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată . Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință /adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din [Legea nr. 95/2006](#), republicat , cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ar) să transmită în platforma informatică din asiguratorile de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguratorilor de sănătate în condițiile lit. a) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată ; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semn tur electronic extins potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicat . În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plat

ART. 8

Modalitățile de plat în asistența medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurat

1.1. Plata "per capita" se face conform [art. 1](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorial /zon urban

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 11](#) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorial /zon urban

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 14](#) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 3 luni:

DA/NU

Perioada de plat în condițiile prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#): de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unic pe ar, este de lei, valabil pentru anul 2017.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform [art. 1](#) alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*):

b) cu gradul profesional:

- medic primar%;

- medic care nu a promovat un examen de specialitate%.

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează :

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială /zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la [art. 1](#) alin. (3) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se reduce după cum urmează :

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la [art. 1](#) alin. (3) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#):

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enumerate la pct. 2 se face conform [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică și este de lei, valabil pentru anul 2017.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Nume, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de paraf al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Nume, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de paraf al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sor medical /moa

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2

b) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de paraf al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de paraf al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sor medical /moa

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2

c)

ART. 9

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse/transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea [art. 11](#) alin.

(2) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. b), c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ah), aj), al) și am), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu regulamentele legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 7](#) lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată decalajele structurale de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7](#) lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7](#) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a

componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescrip iile medicale electronice off-line.

(8) Re inerea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face din prima plat care urmeaz a fi efectuat , pentru furnizorii care sunt în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plat direct sau executare silit pentru furnizorii care nu mai sunt în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigur ri de s n tate în condi iile alin. (3) - (6) se utilizeaz conform prevederilor legale în vigoare cu aceea i destina ie.

(11) Pentru cazurile prev zute la alin. (3) - (6), casele de asigur ri de s n tate in eviden a distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie s respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. R spunderea contractual

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obliga iilor contractuale partea în culp datoreaz celeilalte p r i daune-interese.

IX. Clauz special

ART. 12

Orice împrejurare independent de voin a p r ilor, intervenit dup data semn rii contractului i care împiedic executarea acestuia, este considerat ca for major i exonereaz de r spundere partea care o invoc . Sunt considerate ca for major , în sensul acestei clauze, împrejur ri ca: r zboi, revolu ie, cutremur, marile inunda ii, embargo.

Partea care invoc for a major trebuie s anun e cealalt parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apari iei respectivului caz de for major i s prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competent din propriul jude , respectiv municipiul Bucure ti, prin care s se certifice realitatea i exactitatea faptelor i împrejur rilor care au condus la invocarea for ei majore i, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dac nu procedeaz la anun area în termenele prev zute mai sus a începerii i încet rii cazului de for major , partea care îl invoc suport toate daunele provocate celeilalte p r i prin neanun area în termen.

În cazul în care împrejur rile care oblig la suspendarea execut rii prezentului contract se prelungesc pe o perioad mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolu iunea contractului.

X. Rezilierea, încetarea i suspendarea contractului

ART. 13

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă la casa de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărui/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. z) și a) și a nerespectării obligației prevăzute la [art. 6](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 9](#) alin. (3), (4) și (6) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la [art. 9](#) alin. (5).

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;
- a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 15](#) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială /zonă urbană de către comisia constituită potrivit [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile în care se justifică această decizie;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 3 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor [art. 1](#) alin. (3) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la termenul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrate /înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea

obligărilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 2](#) alin. (1) lit. a) - c) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016 și nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7](#) lit. x), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

ART. 16

Situațiile prevăzute la [art. 13](#) și la [art. 14](#) alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului

sau la sesizarea oric rei persoane interesate. Situa iile prev zute la [art. 14](#) alin. (1) lit. a) - subpct. a1) i lit. d) se notific casei de asigur ri de s n tate, cu cel pu in 30 de zile calendaristice înainte de la care se dore te încetarea contractului.

XI Coresponden a

ART. 17

Coresponden a legat de derularea prezentului contract se efectueaz în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin po ta electronic sau direct la sediul p r ilor - sediul casei de asigur ri de s n tate i la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractant este obligat ca în termen de 5 zile lucr toare din momentul în care intervin modific ri ale datelor ce figureaz în prezentul contract s notifice celeilalte p r i contractante schimbarea survenit .

XII. Modificarea contractului

ART. 18

În condi iile apari iei unor noi acte normative în materie, care intr în vigoare pe durata derul rii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica i se vor completa în mod corespunz tor.

ART. 19

Valoarea definitiv a unui punct per capita i a unui punct pe serviciu medical este cea calculat de Casa Na ional de Asigur ri de S n tate i nu este element de negociere între p r i.

ART. 20

Dac o clauz a acestui contract ar fi declarat nul , celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. P r ile convin ca orice clauz declarat nul s fie înlocuit printr-o alt clauz care s corespund cât mai bine cu puțin spiritului contractului.

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere i acord bilateral, la ini iativa oric rei p r i contractante, sub rezerva notific rii scrise a inten iei de modificare i a propunerilor de modificare cu cel pu in zile înainte de la care se dore te modificarea.

Modificarea se face printr-un act adi ional semnat de ambele p r i i este anex a acestui contract.

XIII. Solu ionarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea i încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solu ionare pe cale amiabil .

(2) Litigiile nesolu ionate pe cale amiabil dintre furnizori i casele de asigur ri de s n tate conform alin. (1) se solu ioneaz de c tre Comisia de Arbitraj care func ioneaz pe lâng Casa Na ional de Asigur ri de S n tate, organizat conform reglement rilor legale în vigoare sau de c tre instan ele de judecat , dup caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractant .

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....
Director executiv al
Direcției relațiilor contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 4

- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistență medicală primară nr.)
între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

I. Partile convenției de înlocuire:

Dr.,
(numele și prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical, cu sediul în
municipiul/orașul, str. nr., bl., sc.
....., et., ap., județ /sector, telefon: fix, mobil,

..... adresa de e-mail fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asisten a medical primar nr., încheiat cu Casa de Asigur ri de S n tate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscal - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor
(numele și prenumele)

Codul de paraf

Codul numeric personal

cu Licen a de înlocuire temporar ca medic de familie nr.

II. Obiectul conven iei:

1. Preluarea activit ii medicale a medicului de familie, cu contractul nr., pentru o perioad de absen de, de c tre medicul de familie

2. Prezenta conven ie se depune la casa de asigur ri de s n tate odat cu înregistrarea primei perioade de absen în cadrul derul rii contractului i se actualizeaz , dup caz.

III. Motivele absen ei

1. incapacitate temporar de munc în limita a dou luni/an

2. vacan pentru o perioad de maximum 30 de zile lucr toare/an calendaristic

3. studii medicale de specialitate pentru o perioad de maximum dou luni/an

4. perioada cât ocup func ii de demnitate public , alese sau numite, în limita a dou luni/an

5. particip ri la manifest ri organizate pentru ob inerea de credite de educa ie medical continu , în scopul realiz rii punctajului necesar acredit rii de c tre Colegiul Medicilor din România, în limita a dou luni/an

6. cita ii de la instan ele judec tore ti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezen a la institu iile respective.

IV. Locul de desf urare a activit ii

Serviciile medicale se acord în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) -

V. Obliga iile medicului înlocuitor

Obliga iile medicului înlocuitor sunt cele prev zute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit i casa de asigur ri de s n tate.

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ jude ul _____, telefon: _____, având contractul de furnizare de servicii medicale în asisten a medical primar încheiat cu Casa de Asigur ri de S n tate _____ nr. _____, în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul conven iei:

Preluarea activit ii medicale în perioada _____, pentru un nr. de _____ zile lucr toare.

III. Motivele absen ei:

1. incapacitate temporar de munc în limita a dou luni/an
2. vacan pentru o perioad de maximum 30 de zile lucr toare/an calendaristic
3. studii medicale de specialitate pentru o perioad de maximum dou luni/an
4. perioada cât ocup func ii de demnitate public , alese sau numite, în limita a dou luni/an
5. particip ri la manifest ri organizate pentru ob inerea de credite de educa ie medical continu , în scopul realiz rii punctajului necesar acredit rii de c tre Colegiul Medicilor din România, în limita a dou luni/an
6. cita ii de la instan ele judec tore ti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezen a la institu iile respective.

IV. Locul de desf urare a activit ii:

Serviciile medicale se acord în cabinetul medical _____, adresa cabinetului _____, medicul înlocuitor prelungindu- i programul de lucru dup necesit i.

V. Obliga iile medicului înlocuitor:

În desf urarea activit ii, medicul înlocuitor utilizeaz parafa proprie, semn tura electronic proprie pentru prescrierea electronic de medicamente, registrul de consulta ii i formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescrip iile medicale electronice ale medicului înlocuit, num rul de contract i tampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Prezenta conven ie de înlocuire a fost încheiat ast zi, _____, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adi ional la contractul nr. i câte un exemplar revine p r ilor semnatare.

Medic înlocuit,

Medic înlocuitor,

Preciz ri:

*) Convenia de reciprocitate se încheie pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare.

Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice, pe an calendaristic.

Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al conveniei de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea.

ANEXA 5

- model -

CONVENIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistență medicală primară nr.)
între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor

I. Partile conveniei de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon: fix, mobil adresa de e-mail fax, reprezentat prin președinte - director general

pentru

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)
din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, e-mail, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscal - cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este:

.....
(numele și prenumele)
având codul numeric personal nr.

și

Medicul înlocuitor
(numele și prenumele)

Codul de paraf
Codul numeric personal
Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. sau
contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat
cu casa de asigurări de sănătate nr.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contract nr.
....., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an
2. concediu de sarcină sau lehamuzie
3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani
4. perioada când ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an
5. perioada în care unul dintre soții îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate
6. perioada de rezidențial în specialitatea medicinii de familie sau alte studii medicale de specialitate
7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit)
Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.**)

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și tampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de la casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca/Trezoreria statului.

2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

Director executiv al Direcției economice
.....

Director executiv al
Direcției relațiilor contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

Medicul înlocuitor,
.....

De acord,
Reprezentant legal al
cabinetului medical***)
.....

-
- *) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.
 - **) Pentru situația în care preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.
 - ***) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

- model -

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Partile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentat prin președintele - director general

i

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentat prin, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr., telefon: fix/mobil, adresă de e-mail

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#).

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în [anexa nr. 1](#) la [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii

Europene/Spa iului Economic European/Confedera ia Elve ian beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baz , un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spa iului Economic European/Confedera ia Elve ian beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baz , un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spa iului Economic European/Confedera ia Elve ian beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie.

IV. Durata conveniei

ART. 3

Prezenta convenie este valabil o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie convenii numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să fac publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii conveniilor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenie, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a conveniilor a serviciilor medicale suportate din Fondul de decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, în elegerile, conveniile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 186](#) alin. (1) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să înseamnă și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice furnizorilor motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatul medical corespunzător pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

k) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să aducă la cunoștință a persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la [art. 188](#) alin. (1) - (3) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurații și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și a [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ar - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic

prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat și a furnizorului; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie la care asiguratul nu dorește să fie înscris, prin eliminarea asiguratului de pe listă.

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) program asumat prin convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu cifră contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe ar, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, până la data implementării prescripției electronice pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu cifră contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărârea Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ar, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competențelor și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimale de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma

informatic din asigurile de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu împrumut contribuție personal în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu împrumut contribuție personal prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asigurarea tratamentului, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenției dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strâns legătură sau cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) să își constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale și să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-nscutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-nscutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

ad) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora; dacă nu există o altă opțiune în acest sens;

ae) s nu refuze înscrierea pe list a copiilor, la solicitarea p rin ilor sau a apar in torilor legali, i nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spa iul Economic European/Confedera ia Elve ian , beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#);

#M2

af) s prescrie medicamente cu sau f r contribu ie personal i, dup caz, unele materiale sanitare, precum i investiga ii paraclinice numai ca o consecin a actului medical propriu. Excep ie fac situa iile în care pacientul urmeaz o schem de tratament stabilit pentru o perioad mai mare de 30 de zile calendaristice, ini iat de c tre medicul de specialitate care î i desf oar activitatea în baza unei rela ii contractuale cu casa de asigur ri de s n tate, prin prescrierea primei re ete pentru medicamente cu sau f r contribu ie personal i, dup caz, pentru unele materiale sanitare, precum i situa iile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicin a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum i medicul de medicina muncii sunt obliga i s comunice recomand rile formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medical , iar la externarea din spital recomand rile vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medical sau biletul de ie ire din spital, cu obliga ia ca acesta s con in explicit toate elementele prev zute în scrisoarea medical . În situa ia în care în scrisoarea medical /biletul de ie ire din spital nu exist men iunea privind eliberarea prescrip iei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prev zute în scrisoarea medical /biletul de ie ire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medical care nu respect modelul prev zut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârrii Guvernului nr. 161/2016](#) i/sau este eliberat de medici care nu desf oar activitate în rela ie contractual /conven ie cu casa de asigur ri de s n tate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medical este stabilit în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hot rârrii Guvernului nr. 161/2016](#).

Pentru persoanele care se încadreaz în Programul pentru compensarea în procent de 90% a pre ului de referin al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pân la 700 lei/lun , medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de c tre al i medici afla i în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate numai dac acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al c rei model este prev zut în norme. Începând cu luna iulie 2017, beneficiarii programului pentru compensarea în procent de 90% a pre ului de referin al medicamentelor sunt pensionarii cu venituri din pensii i indemniza ie social pentru pensionari de pân la 900 lei/lun inclusiv, indiferent dac realizeaz sau nu alte venituri.

În situa ia în care un asigurat cu o boal cronic confirmat înscriș pe lista proprie de asigura i a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continu într-o sec ie de

acum i/secie de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care reiese că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22C](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#), și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

#B

ag) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ah) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și consemneze în acest bilet sau ștampateze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să se adreseze;

ai) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice pentru care se face management de caz și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cărei modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități sunt prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

aj) în cazul încetării/rezilierii convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

al) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

am) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu o contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în [anexa nr. 36](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normei metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ap) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguratorilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguratorilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aq) să transmită în platforma informatică din asiguratorile de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguratorilor de sănătate în condițiile lit. ap) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi

lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 6

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

Medicii de familie nou-veniți într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la [art. 1](#) alin. (2) lit. d) pct. 1 din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egal cu venitul medicului respectiv, stabilit potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferent cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

b) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

c)

.....

ART. 7

(1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

(2) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 5](#) lit. b), c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) și al), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 5](#) lit. af), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată decalajele structurale de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările

ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 5](#) lit. a), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14](#) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzute la [art. 5](#) lit. a) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate în evidență distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 8

Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 10

Orice împrejurare independent de voina părților, intervenit după data semnării convenției care împiedică executarea acesteia, este considerat ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

ART. 11

Convenția de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenției de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta și-a întrerupt activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform convenției, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convențiilor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform conveniei în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenia cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenia se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 5](#) lit. z) și a nerespectării obligației prevăzute la [art. 6](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 7](#) alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la [art. 7](#) alin. (3).

ART. 12

(1) Convenia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a conveniei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea conveniei, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a conveniei de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a conveniei în condițiile [art. 13](#) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenia dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenia încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării conveniei.

(3) În cazul în care convenia dintre furnizorii și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenie a uneia sau mai multor persoane înregistrate /înregistrate în convenia încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract/convenie de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării conveniei.

(4) După reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în convenie, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 13

Convenia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 2](#) alin. (1) lit. a) - c) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la [art. 5](#) lit. x), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a conveniei;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatat de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a

cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

ART. 14

Situațiile prevăzute la [art. 11](#) și la [art. 12](#) alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 12](#) alin. (1) lit. a) subpct. a1) și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin în 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 15

Correspondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în convenție.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenției

ART. 16

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 17

Dacă o clauză a acestei convenții ar fi declarat nulă, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin că orice clauză declarat nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentei convenții vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizorii și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....
Prezenta convenie de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractant .

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice
.....

Director executiv al
Direcției relațiilor contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 7

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ÎN DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

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

- 1.1. consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicale
- 1.2. consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3. consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuziei

1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicale : asistență medicală de urgență - anamnez , examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod

verde prevzute 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, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevzute la [punctul II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 1186/2000.

1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și leuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetric - ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suport integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale - consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,

1.2. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice

- 1.3. servicii medicale curative - consulta ii pentru afec iuni cronice
- 1.4. depistarea de boli cu poten ial endemo-epidemic
- 1.5. servicii de planificare familial
- 1.6. servicii diagnostice i terapeutice
- 1.7. servicii de s n tate conexe actului medical
- 1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii i lehuziei

1.1. Servicii medicale pentru situa iile de urgen medico-chirurgical asisten medical de urgen - anamnez , examen clinic i tratament - se acord în limita competen ei i a dot rii tehnice a cabinetului medical în cadrul c rui a î i desf oar activitatea medicul de specialitate. Asisten a medical de urgen se refer la cazurile de cod ro u, cod galben i cod verde prev zute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului s n t ii publice i al ministrului internelor i reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul na ional de asisten medical de urgen i de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul s n t ii, cu modific rile ulterioare, pentru care medicul de specialitate acord primul ajutor i dac este cazul, asigur trimiterea pacientului c tre structurile de urgen specializate sau solicit serviciile de ambulan , precum i la cazurile de cod verde prev zute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului s n t ii publice i al ministrului internelor i reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modific rile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se deconteaz o singur consulta ie per persoan pentru fiecare situa ie de urgen constatat , pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvat la nivelul cabinetului medical, cu excep ia copiilor 0 - 18 ani pentru care se deconteaz maximum 2 consulta ii.

Medica ia pentru cazurile de urgen se asigur din trusa medical de urgen , organizat conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprins între 0 - 16 ani, care se prezint în regim de urgen la medicii din specialit ile clinice, ace tia pot elibera prescrip ii medicale pentru o perioad de 3 zile.

Cazurile de urgen medico-chirurgical care se trimit c tre structurile de urgen specializate, inclusiv cele pentru care se solicit serviciile de ambulan , sunt consemnate ca "urgen " de c tre medicul de specialitate în documentele de eviden de la nivelul cabinetului, inclusiv medica ia i procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dup caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situa iile de urgen medico-chirurgical permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Consulta ia medical de specialitate pentru afec iuni acute i subacute precum i acutiz ri ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamnez , examenul clinic general, examenul clinic specific specialit ii respective, stabilirea protocolului de explor ri i/sau interpretarea integrativ a explor rilor i a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie i/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- b) unele manevre specifice pe care medicul le consider necesare;
- c) stabilirea conduitei terapeutice i/sau prescrierea tratamentului medical i igieno-dietetic, precum i instruirea în leg tur cu m surile terapeutice i profilactice;
- d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, dup caz;
- e) recomandare pentru dispozitive medicale, dup caz;
- f) bilet de internare, dup caz;
- g) bilet de trimitere c tre alte specialit i, dup caz;
- h) bilet de trimitere pentru investiga ii paraclinice, dup caz;
- i) eliberare de concediu medical, dup caz.

1.2.1. Pentru acela i episod de boal acut /subacut /acutiz ri ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se deconteaz maximum 3 consulta ii pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acord rii primei consulta ii, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului i a evolu iei cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de c tre medicul de specialitate din specialit ile clinice.

1.2.2. Consulta ia medical de specialitate se acord pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere ini ial eliberat de medicul de familie i numai în condi iile în care medicul trimi tor se afl în rela ie contractual - contract sau conven ie - cu casa de asigur ri de s n tate. Fac excep ie de la prevederile anterioare consulta iile pentru afec iunile stabilite în [anexa nr. 13](#), care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua i a treia consulta ie în vederea stabilirii diagnosticului i/sau tratamentului, se face direct, f r alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asigura ii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se deconteaz maximum dou consulta ii pentru:

- a. urm rirea evolu iei sub tratamentul stabilit în cursul intern rii
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. dup o interven ie chirurgical sau ortopedic , pentru examenul pl gii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului
- d. recomand ri pentru investiga ii paraclinice considerate necesare, dup caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obliga ia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medical , despre planul terapeutic stabilit ini ial precum i orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situa iile prev zute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3. Consulta ia medical de specialitate pentru afec iuni cronice, cuprinde:

- a. anamnez , examenul clinic general, examenul clinic specific specialit ii respective, stabilirea protocolului de explor ri i/sau interpretarea integrativ a explor rilor i a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie i/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- b. unele manevre specifice pe care medicul le consider necesare;
- c. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- d. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- e. recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- f. evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.
- g. bilet de trimitere către alte specialități/internare, după caz.
- h. eliberare de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asigurătorilor cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în [anexa nr. 13](#) care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situațiile de la subpt. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de

familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultații/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II](#) din [anexa](#) la H.G. nr. 1186/2000.

1.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciunată și confirmată.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială :

- a) consilierea femeii privind planificarea familială ;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.
- c) evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5 litera a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 literele a) - d) și se decontează patru consultații pe an calendaristic, pe asigurată.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Servicii diagnostice și terapeutice

Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostic / terapeutic / tratamente / terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
	A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia*)	oftalmologie, neurologie și neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopia*)
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetric -ginecologie

5	EKG standard	cardiologie, medicin intern , geriatrie și gerontologie, pneumologie, nefrologie
6	peak-flowmetrie	alergologie și imunologie clinic , pneumologie, medicin intern
7	spirometrie	alergologie și imunologie clinic , pneumologie, medicin intern , geriatrie și gerontologie, pediatrie
8	pulsoximetrie	medicin intern , geriatrie și gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)	alergologie și imunologie clinic
10	teste de provocare nazal , ocular , bronșic	alergologie și imunologie clinic , pneumologie
11	teste cutanate cu agen i fizici (maximum 4 teste)	alergologie și imunologie clinic
12	test la ser autolog	alergologie și imunologie clinic
13	testare cutanat la anestezice locale	alergologie și imunologie clinic , geriatrie și gerontologie, specialit i chirurgicale
14	testare cutanat alergologic patch (alergia de contact)	alergologie și imunologie clinic
15	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
16	determinarea indicelui de presiune glezn /bra , respectiv deget/bra	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatric , diabet zaharat, nutri ie și boli metabolice, medicin intern , geriatrie și gerontologie
17	m surarea for ei musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatric , geriatrie și gerontologie
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilit ii calorice și testul sensibilit ii	neurologie, neurologie pediatric , diabet zaharat, nutri ie și boli metabolice, medicin intern , geriatrie și gerontologie, ORL

	discriminatorii)	
19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMS, Raisberg)	neurologie, neurologie pediatric , psihiatrie, geriatrie și gerontologie
20	recoltare material bioptic	dermatovenerologie
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refrac iei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneean	oftalmologie
3	explorarea func iei binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	audiogram *) *) Include audiometrie tonal liminar și/sau vocal .	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	dermatoscopie	dermatovenerologie
8	electrocardiografie continu (24 de ore, holter)	cardiologie, medicin intern
9	tensiune arterial continu - holter TA	cardiologie, medicin intern
10	EKG de efort la persoanele f r risc cardiovascular înalt	cardiologie
11	EEG standard	neurologie, neurologie pediatric
12	spirogram + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinic , pneumologie, medicin intern , geriatrie și gerontologie
13	osteodensitometrie segmentar cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie

14	electromiograma	neurologie, neurologie pediatric
15	evaluarea cantitativ a r spunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutri ie și boli metabolice
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	
1	examen electroneuromiografic cu ac	neurologie, neurologie pediatric
2	determinarea poten ialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatric , oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie, neurologie pediatric
4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie pediatric
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatric
6	endoscopie digestiv superioar (esofag, stomac, duoden) cu sau f r biopsie, dup caz	gastroenterologie, alte specialit i clinice pentru care medicii trebuie s fac dovada de inerii competen ei/atestatului de studii complementare
7	endoscopie digestiv inferioar (rect, sigmoid, colon) cu sau f r biopsie, dup caz	gastroenterologie, alte specialit i clinice pentru care medicii trebuie s fac dovada de inerii competen ei/atestatului de studii complementare
8	colposcopia	obstetric -ginecologie
9	monitorizare hemodinamic prin metoda bioimpedan ei toracice	cardiologie, medicin intern , nefrologie
	D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extrac ie de corpi str ini - conjunctiv , cornee, scler , segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie

3	tratamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei pl gi de pleoap , conjunctiv ;	oftalmologie
6	injectare subconjunctival , retrobulbar de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplica ia) conjunctival	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	ORL
10	extrac ie corpi str ini: conduct auditiv extern, nas, faringe;	ORL
11	aspira ia și lavajul sinusului nazal prin punc ie	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgical a afec iunilor mamare superficiale	obstetric -ginecologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
15	inser ia dispozitivului intrauterin	obstetric -ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - pl gi t iate superficial, în epate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscen e pl gi (anestezie, excizie, sutur , inclusiv îndep rtarea firelor,	dermatovenerologie, chirurgie, inclusiv chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv

	pansament)	
19	terapia chirurgical a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
20	terapia chirurgical a deger turilor de grad I și II	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
21	terapia chirurgical a leziunilor externe prin agen i chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
22	terapia chirurgical a panari iului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
23	terapia chirurgical a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
24	terapia chirurgical a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
25	terapia chirurgical a abcesului (de p r i moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie general
26	terapia chirurgical a panari iului osos, articular, tenosinoyal	chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv , ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric
27	terapia chirurgical a hidrosadenitei	chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
28	terapia chirurgical a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv , ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric
29	terapia chirurgical a flebopatiilor	chirurgie general , chirurgie

	varicoase superficiale; ruptura pachet varicos	vascular , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
30	terapia chirurgical a granulomului ombilical	chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv
31	terapia chirurgical a supura iilor postoperatorii	chirurgie general , chirurgie plastic estetic și microchirurgie reconstructiv , ortopedie și traumatologie, obstetric -ginecologie, chirurgie toracic , chirurgie cardiovascular , neurochirurgie, urologie
32	tratamentul pl gilor	chirurgie general + toate specialit ile chirurgicale
33	terapia chirurgical a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatric , chirurgie general
34	tratament postoperator al pl gilor abdominale, al interven iilor chirurgicale dup cezarian , sarcin extrauterin operat , histerectomie, endometrioz	obstetric -ginecologie
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte	
1	tratamentul chirurgical al unor afec iuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesit plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colec ie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul c i aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopic de corpi str ini din c ile respiratorii superioare	ORL

5	manevre de mic chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulv , vagin, col	obstetric -ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetric -ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetric -ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie
9	terapia chirurgical complex a panariului osos, articular, tenosinova	chirurgie
10	terapia chirurgical a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgical a hematomului	chirurgie
12	dilatarea stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicarea) transscleral	oftalmologie
	F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple: punctaj 7 puncte	
1	aerosoli/ședin (maxim 3 ședin e)	alergologie și imunologie clinic , pneumologie, pediatrie, ORL
2	toaleta auricular unilateral (dou proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea prilor moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile
	G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen local sau general /ședin (maxim 4 ședin e)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședin (maxim 4 ședin e)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutice	neurologie, neurologie pediatric ,

	paravertebral și periarticular	dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
4	probe de repoziționare vestibular	ORL, neurologie, neurologie pediatric
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	alergologie și imunologie clinic
6	administrare tratament prin puncție intravenoasă	toate specialitățile
7	infiltrații nervoase regionale	anestezie și terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetric-ginecologie, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlat de pacient	anestezie și terapie intensivă
	H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte	
1	puncții și infiltrații intraarticulare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, geriatrie și gerontologie
2	instilația uterotubară terapeutică	obstetric-ginecologie
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică
	I. Tratamente ortopedice medicale: punctaj 20 puncte	
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrăului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelui, umărului;	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie

	disjunc ie acromioclavicular ; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acut de genunchi; ruptur muscular	general
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxa iei, entorsei de genunchi, fracturii de gamb cu aparatus cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric , chirurgie general
4	tratament în displazia luxant a șoldului în primele 6 luni de via	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric , chirurgie pediatric
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de via	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric , chirurgie pediatric
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric , chirurgie pediatric
7	tratamentul fracturii amielice f r deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatric , chirurgie general
	J. Terapii psihiatrice: punctaj 30 puncte	
1	consiliere psihiatric nespecific individual și familial	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulbur ri obsesiv-compulsive, tulbur ri fobice, tulbur ri de anxietate, distimii, adic ii)	
3	psihoterapie individual (psihoze, tulbur ri obsesiv-compulsive, tulbur ri fobice, tulbur ri de anxietate, distimii, adic ii, tulbur ri din spectrul autist)	
4	terapia cognitiv-comportamental	
	K. Terapii de genetic medical :	

	punctaj 30 puncte	
1	Sfat genetic	

1.7. Serviciile de s n tate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic , psihoterapie i psihopedagogie special - logopezi i kinetoterapeu i/profesorii de cultur fizic medical /fiziokinetoterapeu i i pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigur ri de s n tate cu medicii de specialitate, cu urm toarele specialit i clinice:

- a. neurologie i neurologie pediatric ;
- b. otorinolaringologie;
- c. psihiatrie i psihiatrie pediatric ;
- d. reumatologie;
- e. ortopedie i traumatologie i ortopedie pediatric ;
- f. oncologie medical ;
- g. diabet zaharat, nutri ie i boli metabolice;
- h. hematologie;
- i. nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de s n tate conexe actului medical:

a) Neurologie și neurologie pediatric :

- a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie:
- | | |
|---|-----------------|
| a1.1) evaluare psihologic clinic și psihodiagnostic; | 30 puncte/ședin |
| a1.2) consiliere psihologic clinic pentru copii/adul i; | 30 puncte/ședin |
| a1.3) psihoterapie pentru copii/adult; | 30 puncte/ședin |
- a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie special - logoped: consiliere/interven ie de psihopedagogie special - logoped;
- a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /fiziokinetoterapeut:
- | | |
|---|-----------------|
| a3.1) kinetoterapie individual ; | 30 puncte/ședin |
| a3.2) kinetoterapie de grup; | 15 puncte/ședin |
| a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate. | 15 puncte/ședin |

b) Otorinolaringologie:

- b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie:
- | | |
|---|-----------------|
| b1.1) evaluare psihologic clinic și psihodiagnostic | 30 puncte/ședin |
| b1.2) consiliere psihologic clinic | 30 puncte/ședin |
- b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie special - logoped:
- | | |
|--|-----------------|
| b2.1) consiliere/interven ie de psihopedagogie | 15 puncte/ședin |
|--|-----------------|

special - logoped

b2.2) exerci ii pentru tulbur ri de vorbire (ședin) 15 puncte/ședin

c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatric :

c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie:

c1.1) evaluare psihologic clinic și psihodiagnostic 30 puncte/ședin

c1.2) consiliere psihologic clinic pentru copii/adult 30 puncte/ședin

c1.3) consiliere psihologic clinic pentru copii 30 puncte/ședin

diagnostica i cu tulbur ri din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatric)
- într-o metod psihoterapeutic aplicabil copilului diagnosticat cu tulbur ri din spectrul autist

c1.4) psihoterapia copilului și familiei - pentru copii 30 puncte/ședin
(numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatric) - într-o metod psihoterapeutic aplicabil copilului diagnosticat cu tulbur ri din spectrul autist

c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie special - logoped: consiliere/interven ie de psihopedagogie special - logoped 15 puncte/ședin

c3) Servicii furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /fiziokinetoterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatric) pentru copilul diagnosticat cu tulbur ri din spectrul autist în condi iile prev zute la punctul 1.7.2:

c3.1) kinetoterapie individual 30 puncte

c3.2) kinetoterapie de grup 15 puncte

c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive 15 puncte
mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate

d) Reumatologie în condi iile prev zute la punctul 1.7.2

Servicii furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /fiziokinetoterapeut:

d1) kinetoterapie individual 30 puncte

d2) kinetoterapie de grup 15 puncte

d3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive 15 puncte
mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate

e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatric în condi iile prev zute la punctul 1.7.2

Servicii furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /fiziokinetoterapeut:

e1) kinetoterapie individual 30 puncte

e2) kinetoterapie de grup 15 puncte

e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive 15 puncte
mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate

f) Oncologie medical

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie: 30 puncte/ședin
consiliere psihologic clinic pentru copii și adul i cu afec iuni oncologice

g) Diabet zaharat, nutri ie și boli metabolice

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie: 30 puncte/ședin
consiliere psihologic clinic pentru copii și adul i cu diagnostic confirmat de diabet zaharat

h) Hematologie

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie: 30 puncte/ședin
consiliere psihologic clinic pentru copii și adul i cu afec iuni oncologice

i) Nefrologie

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic și psihoterapie: 30 puncte/ședin
consiliere psihologic clinic pentru copii și adul i cu insuficien renal cronic - dializ

1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acord conform unui plan recomandat de medicul de recuperare, medicin fizic i balneologie prin scrisoare medical .

1.7.3. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinic , consiliere psihologic i psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie special - logoped, se acord la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medical , conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinic i psiholog/logoped.

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii i lehuziei - o consulta ie pentru fiecare trimestru de sarcin i o consulta ie în primul trimestru de la na tere.

1.8.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetric - ginecologie din ambulatoriu.

2. Lista specialit ilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	
1	Alergologie și imunologie clinic
2	Boli infec ioase
3	Cardiologie
4	Chirurgie cardiovascular
5	Chirurgie general

6	Chirurgie pediatrică
7	Chirurgie plastică , estetică și microchirurgie reconstructivă
8	Chirurgie toracică
9	Dermatovenerologie
10	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11	Endocrinologie
12	Gastroenterologie
13	Genetică medicală
14	Geriatrică și gerontologie
15	Hematologie
16	Medicină internă
17	Nefrologie
18	Neonatologie
19	Neurochirurgie
20	Neurologie
21	Neurologie pediatrică
22	Oncologie medicală
23	Obstetrică -ginecologie
24	Oftalmologie
25	Otorinolaringologie
26	Ortopedie și traumatologie
27	Ortopedie pediatrică
28	Pediatrie
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrică

32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vascular
35	Radioterapia
36	Chirurgie oral și maxilo-facial
37	Anestezie și terapie intensiv

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe ar , care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice prestează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează .

4. Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprins între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprins între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultația de planificare familială	10,80 puncte	
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprins între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	21,60 puncte	
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grup de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

5. Pentru competența/atestatul de studii complementare în planificare familială se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriu de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în [anexa nr. 17](#) la ordin ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurarea pentru care este necesar să se efectueze aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din [anexa nr. 20](#) la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură - consultații cure de tratament

În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice.

8.1. Consultația de acupunctură : se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 13 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se acordă maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

8.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE PENTRU PACIENȚII DIN

STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPA IULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERA IA ELVE IAN , TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGUR RI SOCIALE DE S N TATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIEN II DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPA IULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERA IA ELVE IAN , BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN I AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIAL I PENTRU PACIEN II DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎN ELEGERI, CONVEN II SAU PROTOCOALE INTERNA IONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL S N T II

1. Pentru pacien ii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spa iul Economic European/Confedera ia Elve ian , beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European i al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asisten a medical ambulatorie de specialitate acord servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în acelea i condi ii ca i persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate din România, cu excep ia situa iei în care pacien ii respectivi beneficiaz de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabil a institu iilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spa iul Economic European/Confedera ia Elve ian . Pachetul de servicii este cel prev zut la lit. B din prezenta anex .

2. Pentru pacien ii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spa iul Economic European/Confedera ia Elve ian , titulari ai cardului european de asigur ri sociale de s n tate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asisten a medical ambulatorie de specialitate nu solicit bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prev zut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 i 1.2 i la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anex .

3. Pentru pacien ii din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, conven ii sau protocoale interna ionale cu prevederi în domeniul s n t ii, care au dreptul i beneficiaz de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prev zut la lit. B din prezenta anex , sau dup caz, de serviciile medicale prev zute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 i 1.2 din prezenta anex , în condi iile prev zute de respectivele documente interna ionale. Serviciile medicale prev zute la lit. B din prezenta anex , se acord numai pe baza biletului de trimitere în acelea i condi ii ca i persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate din România.

ANEXA 8

MODALIT ILE DE PLAT

în asisten a medical ambulatorie de specialitate pentru specialit ile clinice i acupunctur

ART. 1

Plata serviciilor din asisten a medical ambulatorie de specialitate pentru specialit ile clinice i acupunctur se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2

(1) Casele de asigur ri de s n tate deconteaz medicilor de specialitate din specialit ile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte prev zute în [anexa nr. 7](#) la ordin, dac aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care ace tia îi desf oar activitatea i interpretate de medicii respectivi, luând în calcul num rul de puncte aferent fiec rui serviciu medical i valoarea stabilit pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul S n t ii, altele decât medici, s exercite profesii prev zute în Nomenclatorul de func ii al Ministerului S n t ii, care presteaz servicii de s n tate conexe actului medical sau care sunt în rela ie contractual cu furnizori de servicii de s n tate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medical serviciile respective, servicii efectuate de ace tia i cuprinse în [anexa nr. 7](#) la ordin, dac sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului i a conduitei terapeutice.

ART. 3

(1) Num rul total de puncte raportat pentru consulta iile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialit ile clinice, planificare familial nu poate dep i num rul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare urm toarele:

a) pentru specialit i clinice i pentru medicii care lucreaz exclusiv în planificare familial , unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un num r de 28 de consulta ii în medie pe zi (timp mediu/consulta ie = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatic , unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un num r de 14 consulta ii în medie pe zi (timp mediu/consulta ie = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatic , unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un num r de 21 de consulta ii în medie pe zi (timp mediu/consulta ie = 20 de minute);

c) pentru specialit ile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate dep i, dup caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunz tor unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialit ile clinice, în vederea asigur rii calit ii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot acorda i raporta la casa de asigur ri de s n tate servicii medicale corespunz toare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condi iile în care num rul de consulta ii efectuate i raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consulta ii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatic , se pot acorda i raporta la casa de asigur ri de s n tate servicii medicale corespunz toare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condi iile în care num rul de consulta ii efectuate i raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consulta ii; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatic , se pot acorda i

raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații.

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrie sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrie, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrie și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrie.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conexe, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, convenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatrie pentru care punctajul nu poate depăși 180 de puncte în medie pe zi.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în [anexa 43](#).

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să rezulte că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobat și modificat prin [Legea nr. 598/2001](#) și după caz organizate conform [Legii nr. 213/2004](#) privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările și completările

ulterioare, acte doveditoare care sî con in datele de identitate ale persoanelor care presteaz servicii de s n tate conexe actului medical, avizul de liber practic /atestatul de liber practic eliberat de Colegiul Psihologilor din Romînia, dup caz, programul de activitate i tipul de servicii de s n tate conexe conform [anexei nr. 7](#) la ordin i certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform [Legii nr. 213/2004](#), cu modific rile i complet rile ulterioare.

ART. 4

(1) Suma cuvenit lunar medicilor de specialitate din specialit ile clinice se calculeaz prin înmul irea num rului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor [art. 3](#), în luna respectiv , ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minim garantat pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Num rul total de puncte realizat în fiecare lun se majoreaz în raport cu:

a) condi iile în care se desf oar activitatea - majorarea este cu pîn la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asisten medical ambulatorie de specialitate la care se aplic major rile de mai sus i procentul de majorare corespunz tor se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate mai sus men ionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referin a presta iei medicale este cea a medicului specialist. Pentru presta ia medicului primar, num rul total de puncte se majoreaz cu 20%. Aceast majorare nu se aplic medicilor care lucreaz exclusiv în planificare familial , precum i furnizorilor de servicii de s n tate conexe actului medical. Recalcularea num rului total de puncte se face din luna urm toare lunii în care s-a depus la casa de asigur ri de s n tate dovada confirm rii gradului profesional.

(3) Valoarea minim garantat pentru un punct pe serviciu medical este unic pe ar i este în valoare de 2,2 lei.

(4) Valoarea definitiv a unui punct pe serviciu medical se stabile te trimestrial, pîn la data de 25 a lunii urm toare încheierii fiec rui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialit ile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte i num rul de puncte realizat în trimestrul respectiv i reprezint valoarea definitiv a unui punct pe serviciu medical, unic pe ar pentru trimestrul respectiv i care nu poate fi mai mic decât valoarea minim garantat .

(5) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asisten ei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialit ile clinice la nivel na ional se scade suma corespunz toare punerii în aplicare a prevederilor [art. 183](#) alin. (3) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modific rile i complet rile ulterioare, inclusiv suma reprezentînd regularizarea trimestrului IV al anului anterior. Fondul aferent asisten ei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialit ile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului se defalcheaz pe trimestre.

ART. 5

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătite eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilit pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice, prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesar o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cursă de tratament. Asigurații au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cursă reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cursă respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor

justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurari de sanatate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzător cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctur - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctur se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurari de sanatate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuate față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctur întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctur și cazurilor-cure de acupunctur.

ART. 7

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice și acupunctur facturează caselor de asigurari de sanatate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurari de sanatate până la termenul prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifică de către casele de asigurari de sanatate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 8

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice și acupunctur, care nu se regăsesc în [anexa nr. 7](#) la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurari sociale de sanatate și decontate de casele de asigurari de sanatate.

Medicii din specialitățile clinice încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii medicale. În situația în care asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere, medicii din specialitățile clinice nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurari sociale de sanatate și decontate de casele de asigurari de sanatate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau au ceror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurari sociale de sanatate și decontate de casele de asigurari de sanatate și dacă

prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liber practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#). Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupuncturii și planificare familială pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe care pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătură electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, acupuncturii și planificare familială, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor [art. 3 alin. \(2\)](#).

ART. 10

Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura corectă se află aceste unități la casa de asigurări de sănătate.

ART. 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupuncturii acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordinul serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spaziului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în acele condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale

programate, acordate cu autorizarea prealabilă a Instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaziului Economic European/Confederația Elvețiană.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spaziului Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul să beneficieze de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe arhivă, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție, biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru specialități clinice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice și acupuncturistul prezintă biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialități clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice și acupuncturistul au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitățile clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe arhivă, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se

recoltează probă /probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltate /recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 C](#) la ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie medicală și boli infecțioase aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 D](#) la ordin.

ART. 12

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate din specialitățile clinice întâlniri cu medicii de specialitate pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 9

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctur

I. Partile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentat prin președintele-director general,

i

- Cabinetul medical organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte.

NOT :

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundar(e) de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctur, conform [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctur asigură ilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în [anexa nr. 7](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) în următoarele specialități și competențe/atestate de studii complementare - pentru acupunctur și planificare familial :

a)

b)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctur se face de către următorii medici:

1.;

2.;

3.;

4.;

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul de decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 186](#) alin. (1) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să înseamnă și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- f) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea

privind m surile dispuse se transmite furnizorului de c tre casele de asigur ri de s n tate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Na ional de Asigur ri de S n tate, la casa de asigur ri de s n tate;

g) s recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum i contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu i f r contribu ie personal , materiale sanitare, dispozitive medicale i îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate de al i furnizori afla i în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate, în baza biletelor de trimitere/recomand rilor medicale i/sau prescrip iilor medicale eliberate de c tre ace tia, în situa ia în care nu au fost îndeplinite condi iile pentru ca asigura ii s beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescrip iilor medicale i recomand rilor. Sumele astfel ob inute se utilizeaz conform prevederilor legale în vigoare;

h) s deduc spre solu ionare organelor abilitate situa iile în care se constat neconformitatea documentelor depuse de c tre furnizori, pentru a c ror corectitudine furnizorii depun declara ii pe propria r spundere;

i) s comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare i refuzul decont rii anumitor servicii; s comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regulariz rilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situa ia în care se constat ulterior c refuzul decont rii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) s fac public valoarea definitiv a punctului, rezultat în urma regulariz rii trimestriale, prin afi are atât la sediul caselor de asigur ri de s n tate, cât i pe pagina electronic a acestora, începând cu ziua urm toare transiterii acesteia de c tre Casa Na ional de Asigur ri de S n tate, precum i num rul total la nivel na ional de puncte realizat trimestrial, prin afi are pe pagina web a Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate;

k) s aduc la cuno tin a furnizorilor de servicii medicale cu care se afl în rela ie contractual numele i codul de paraf ale medicilor care nu mai sunt în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate;

l) s deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice i acupunctur acordate de medici conform specialit ii clinice i competen e/atestare de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului s n t ii i care au în dotarea cabinetului aparatura medical corespunz toare pentru realizarea acestora, dup caz, în condi iile prev zute în [anexa nr. 8](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

m) s contracteze servicii medicale, respectiv s deconteze serviciile medicale efectuate, raportate i validate, prev zute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaz prin tarif pe serviciu medical i tarif pe serviciu medical consulta ie/caz, în condi iile stabilite în [Ordinul](#) ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurații și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și ale [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe arhivă - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens;
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea

Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricărei dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu cifră contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe ar, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu cifră contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să le prescrie; în situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de urgență/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera, pe prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, din care să rezulte că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin [anexa nr. 22 C](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ar, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimale de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

t) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

u) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

v) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

w) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma

informatic din asigurile de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu cifră contribuției personal în tratamentul ambulatoriu și prescripția medicală care este formular cu regim special unic pe ar pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu cifră contribuției personal prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează.

x) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strâns legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

ab) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în [anexa nr. 13](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice este prevăzută în [anexa nr. 13](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#). Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea

prealabil a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul să beneficieze de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ac) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ad) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista de alocare este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

ae) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

af) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ag) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ah) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu contribuție personală în tratamentul

ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în [anexa nr. 36](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ai) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiune permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li s-a emis cardul național sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

al) să transmită în platforma informatică din asiguraților de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguraților de sănătate în condițiile lit. ak), în maximum 3 zile lucrătoare de la data

acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2017 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din [anexa nr. 8](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

(4) Numărul de puncte calculat conform [anexei nr. 8](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

b) gradul profesional medic primar%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferent trimestrului I lei, din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferent trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferent trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferent trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

*) În condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse/transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cursă pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situa ia în care o cur de tratament în acupunctur se întrerupe, furnizorul are obliga ia s anun e casa de asigur ri de s n tate despre întreruperea curei, motivul întreruperii i num rul de zile efectuat fa de cel recomandat, odat cu raportarea lunar a activit ii realizate conform contractului. O cur de tratament în acupunctur întrerupt se consider o cur finalizat .

Cura de acupunctur se deconteaz în luna urm toare celei în care a fost finalizat acest cur .

Toate documentele necesare decont rii se certific pentru realitatea i exactitatea datelor raportate prin semn tura reprezentan ilor legali ai furnizorilor.

(3) Clauze speciale - se completeaz pentru fiecare cabinet medical*) i fiecare medic de specialitate din componen a cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competen :

Cod numeric personal:

Codul de paraf al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competen :

Cod numeric personal:

Codul de paraf al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului i al cabinetelor de specialitate din centrele de s n tate multifunc ionale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum i cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care î i desf oar activitatea în sistem integrat i în centrul de s n tate multifunc ional f r personalitate juridic din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie s respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asigura ilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. R spunderea contractual

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 12

Clauză specială

(1) Orice împrejurare independent de voința părților, intervenit după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerat forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a încetării și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 13

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. b), c), e) - h), j) - u), v), x), z), ac) - ae) și af) precum și prescrieri de medicamente cu împrumut contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaz cu 10% valoarea minim garantat a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situa ii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialit ile clinice, inclusiv pentru planificare familial , la care se înregistreaz aceste situa ii sau contravaloarea serviciilor de acupunctur aferente lunii în care s-au produs aceste situa ii.

(3) În cazul în care se constat în derularea contractului, de c tre structurile de control ale caselor de asigur ri de s n tate/Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate, precum i de alte organe competente, nerespectarea obliga iei prev zut la [art. 7](#) lit. ab) i/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decont rii acestora nu au fost efectuate, se recupereaz contravaloarea acestor servicii i se diminueaz cu 10% valoarea minim garantat a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situa ii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialit ile clinice, inclusiv pentru planificare familial , la care se înregistreaz aceste situa ii sau contravaloarea serviciilor de acupunctur aferente lunii în care s-au produs aceste situa ii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constat nerespectarea obliga iei prev zut la [art. 7](#) lit. ai), se aplic urm toarele sanc iuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaz cu 5% valoarea minim garantat a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaz cu 5% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situa ii, pentru medicii de specialitate clinic /acupunctur la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaz cu 10% valoarea minim garantat a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaz cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situa ii, pentru medicii de specialitate clinic /acupunctur la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sanc iunii prev zute la alin. (4), nerespectarea obliga iei prev zut la [art. 7](#) lit. ai) se constat de casele de asigur ri de s n tate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescrip iile medicale electronice off-line.

(6) Re inerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plat care urmeaz a fi efectuat pentru furnizorii care sunt în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate. În situa ia în care suma prev zut la alin. (4) dep e te prima plat , re inerea sumei se realizeaz prin plat direct sau executare silit , în condi iile legii.

(7) Pentru cazurile prev zute la alin. (1) - (4), casele de asigur ri de s n tate in eviden a distinct pe fiecare medic/furnizor, dup caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plat direct sau executare silit pentru furnizorii care nu mai sunt în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigur ri de s n tate în condi iile alin. (1) - (4) se utilizeaz conform prevederilor legale în vigoare, cu aceea i destina ie.

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsurii ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială și acupunctură de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.
- i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 27](#) alin. (3) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și la [art. 7](#) lit. aa) și aj);
- j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la [art. 13](#) alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la [art. 13](#) alin. (3).

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 16](#) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrate /înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract,

prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru, după caz.

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 23](#) alin. (1) lit. a) - c) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7](#) lit. y), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de acupunctură.

ART. 17

(1) Situațiile prevăzute la [art. 14](#) și la [art. 15](#) alin. (1) lit. a) subpt. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la [art. 15](#) alin. (1) lit. a) subpt. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin în 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Coresponden a

ART. 18

(1) Coresponden a legat de derularea prezentului contract se efectueaz în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin po ta electronic sau direct la sediul p r ilor - sediul casei de asigur ri de s n tate i la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractant este obligat ca, în termen de 5 zile lucr toare din momentul în care intervin modific ri ale datelor ce figureaz în prezentul contract, s notifice celeilalte p r i contractante schimbarea survenit .

XI. Modificarea contractului

ART. 19

În condi iile apari iei unor noi acte normative în materie, care intr în vigoare pe durata derul rii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica i se vor completa în mod corespunz tor.

ART. 20

Valoarea definitiv a punctului este cea calculat de Casa Na ional de Asigur ri de S n tate i nu este element de negociere între p r i.

ART. 21

Dac o clauz a acestui contract ar fi declarat nul , celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de acest nulitate. P r ile convin ca orice clauz declarat nul s fie înlocuit printr-o alt clauz care s corespund cât mai mult cu putin spiritului contractului.

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere i acord bilateral, la ini iativa oric rei p r i contractante, sub rezerva notific rii scrise a inten iei de modificare i a propunerilor de modificare cu cel pu in zile înainte de data de la care se dore te modificarea.

Modificarea se face printr-un act adi ional semnat de ambele p r i i este anex a acestui contract.

XII. Solu ionarea litigiilor

ART. 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea i încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solu ionare pe cale amiabil .

(2) Litigiile nesolu ionate pe cale amiabil dintre furnizori i casele de asigur ri de s n tate conform alin. (1) se solu ioneaz de c tre Comisia de Arbitraj care func ioneaz pe lâng Casa Na ional de Asigur ri de S n tate, organizat conform reglement rilor legale în vigoare sau de c tre instan ele de judecat , dup caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractant .

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al
Direcției Economice,
.....
Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Reprezentant legal,
.....

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 10

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Servicii medicale - consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie

1.1. Consultația medicală de specialitate - inițială, cuprinde:

- a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b. bilanșul articular anatomic și funcțional, bilanșul muscular, bilanșul global gestual și întocmirea planului de recuperare;
- c. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

d. stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic și fizical și de recuperare, medicină fizică și balneologie, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de salină și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2. Consultația de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

1.3. Procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie, care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri sunt:

Nr. Crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE
1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenți diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenți interferențiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenți de înaltă frecvență pulsatiți
11.	Ultrasunet
12.	Combinație de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13.	Magnetoterapie
14.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete

17.	Curen i cu impulsuri rectangulare
18.	Curen i cu impulsuri exponen iale
19.	Contrac ia izometric electric
20.	Stimulare electric func ional
21.	B i Stanger
22.	B i galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplica ii cu parafin
25.	B i sau pensula ii cu parafin
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulveriza ie camer
32.	Hidrokinetoterapie individual general
33.	Hidrokinetoterapie par ial
34.	Kinetoterapie individual
35.	Trac iuni vertebrale și articulare
36.	Manipul ri vertebrale
37.	Manipul ri articula ii periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatur special cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39.	B i minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40.	B i de plante
41.	B i de dioxid de carbon și bule
42.	B i de n mol

43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu n mol
46.	Împachetare parțială cu n mol
47.	Aplicație de unde de șoc extracorporale
48.	Aplicație de oscilații profunde
49.	Speleoterapia/Salinoterapia

Procedurile de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun de bază de tratament. Procedurile de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.3.1. Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.3.2. În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie, pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3. Seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie stabilită de medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie, decontată pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament.

Pentru o serie de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie se decontează 3 consultații/trimestru pentru aceeași afecțiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se decontează o consultație și prescripția medicală /prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeași perioadă.

1.6. Consultațiile de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. În cadrul consultațiilor recuperare, medicină fizică și balneologie se pot efectua după caz, următoarele proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente care se efectuează în cabinetul medical:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostic /terapeutic /tratamente
1	Determinarea indicelui de presiune gleznă /bra , respectiv deget/bra
2	Podoscopie
3	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
4	Administrare tratament prin injectarea prilor moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)
5	Mezoterapia - injectare terapeutic paravertebral și periarticular
6	Administrare tratament prin puncție intravenoasă
7	Puncții și infiltrații intraarticulare
8	Blocaje chimice pentru spasticitate (toxin botulinic)

1.8. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie este:

Nr.	AFEC IUNI
-----	-----------

crt.	
1	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2	Tulburări extrapiramidale și ale motricității
3	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4	Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase
5	Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic
6	Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare
7	Paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice
8	Status post infarct miocardic acut
9	Status post accident vascular cerebral
10	Insuficiență cardiacă clasa NYHA I și II
11	Bolă pulmonară obstructivă cronică clasa I și II
12	Poliartropatii inflamatorii
13	Artroze
14	Dorsopatii
15	Afecțiuni ale esuturilor moi
16	Status post leziuni traumatice
17	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.9. Tariful pe consultație în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie este de 20 lei. Tariful pe consultație în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, în cadrul creia se efectuează minim două proceduri dintre cele prevăzute la punctul 1.7 este de 40 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

1.10. Recomandarea pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie se face pe baza biletului de trimitere eliberat de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, iar procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie se acordă conform schemei

de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.11. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă, cu excepția pozițiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom trofostatic, gimnastic de întreținere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎN ELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elveiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, de consultațiile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctul 1.1 din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elveiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în

baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie acord serviciile medicale prev zute la lit. A. din prezenta anex , numai pe baza biletului de trimitere n acelea i condi ii ca i persoanelor asigurate n cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate din România, cu excep ia situa iei n care pacien ii respectivi beneficiaz de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabil a institu iilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spa iul Economic European/Confedera ia Elve ian .

3. Pentru pacien ii din statele cu care România a ncheiat acorduri, n elegeri, conven ii sau protocoale interna ionale cu prevederi n domeniul s n t ii, care au dreptul i beneficiaz de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acord serviciile medicale prev zute la lit. A. din prezenta anex , numai pe baza biletului de trimitere n acelea i condi ii ca i persoanelor asigurate n cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate din România, n condi iile prev zute de respectivele documente interna ionale.

ANEXA 11

MODALIT ILE DE PLAT

n asisten a medical ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinic recuperare, medicin fizic i balneologie

ART. 1

(1) Unit ile ambulatorii de recuperare, medicin fizic i balneologie din structura unor unit i sanitare sau unit ile ambulatorii n care i desf oar activitatea medici angaja i ntr-o unitate sanitar , cabinetele medicale de specialitate organizate conform [Ordonan ei Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea i func ionarea cabinetelor medicale, republicat , cu modific rile i complet rile ulterioare, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unit i sanitare apar inând ministerelor i institu iilor publice centrale din sistemul de ap rare, ordine public , siguran na ional i autoritate judec toreasc ncheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie n ambulatoriu cu casele de asigur ri de s n tate, a c ror plat se face prin tarif n lei pe servicii medicale - consulta ii/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicin fizic i balneologie din pachetul de servicii medicale de baz prev zut n [anexa nr. 10](#) la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie cu casa de asigur ri de s n tate se au n vedere: num rul de servicii medicale - consulta ii, respectiv tariful pe consulta ie, care este de 20 lei iar tariful pe consulta ie cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum i num rul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prev zute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 [lit. A](#) din [anexa 10](#) la ordin, cu excep ia pozi iilor 1, 26 - 29, 32 - 34 i 38 i este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prev zute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 [lit. A](#) din [anexa 10](#) la

ordin, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38.

Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabilește conform [anexei nr. 11 B](#) la ordin și se defalcchează pe trimestre și pe luni, înându-se cont de activitatea specifică sezonieră.

(4) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, conform prevederilor din [anexa nr. 11 B](#) la ordin se modifică în sensul diminuării faford condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștință a caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanun area acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare, înându-se cont de activitatea specifică sezonieră și se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării actului adițional.

În trimestrul IV 2017, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferent lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie decontate de casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate clinic recuperare, medicin fizic și balneologie pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare, medicin fizic și balneologie, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de recuperare, medicin fizic și balneologie se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultații de recuperare, medicin fizic și balneologie acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale - consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultație în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute.

Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultații poate scăde sau crește corespunzător;

b) serviciile medicale zilnice de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și zilelor de tratament de recuperare, medicin fizic și balneologie.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2017 cu destinația de servicii medicale de recuperare, medicin fizic și balneologie vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultații și numărul de zile de tratament de recuperare, medicin fizic și balneologie acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în [anexa nr. 11 B](#) la ordin, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicin fizic și balneologie în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare, medicin fizic și balneologie.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de recuperare, medicin fizic și balneologie acordate numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate recuperare, medicin fizic și balneologie.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din

spital, afla și în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de specialitate clinică recuperare, medicină fizică și balneologie.

(13) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații și tarifele pe consultații prevăzute la alin. (2);

b) numărul de zile de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele prevăzute la alin. (2).

Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zile, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zile/4 x tarif pe zi de tratament.

ART. 2

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 3

(1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, care nu se regăsesc în [anexa nr. 10](#) la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din specialitatea de recuperare, medicină fizică și balneologie încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau au cereră afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic se face în cadrul unor consultații realizate peste valoarea de contract.

ART. 4

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați

medici, precum și alte categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică /formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe ar pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătură electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

ART. 5

Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura corectă se află aceste unități la casa de asigurări de sănătate.

ART. 6

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitățile clinice, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul să beneficiaze de servicii medicale, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este utilizat și pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie și este formular cu regim special, unic pe ar, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie. Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie prezintă biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe arhivă, care se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(6) Medicii de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 C](#) la ordin.

ART. 7

(1) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încasează de la asigurați suma corespunzătoare costurilor pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații pe seria de proceduri; nivelul minim al costurilor este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea costurilor este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurați scutiți de coplat, prevăzute la [art. 225](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente care se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarații pe propria răspundere care îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 23 D](#) la ordin.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 11 A

- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie
.....
Sediul social/Adresa fiscală
.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că

am []/nu am [] contract de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătură și ștampila)
.....

ANEXA 11 B

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu

CAPITOLUL I

Criteria de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperit prin prezența unui medic de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

CAPITOLUL II

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice	40%
B. Evaluarea resurselor umane	60%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderele acestui criteriu este de 40%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

- a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sunt obligați să facă dovada de înregistrare legală a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.
- b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și de înregistrarea acestora.
- c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele de inute din care se reiasă: anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.
- d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fișă tehnică.
- e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice de inute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al

fiecare furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele și echipamentele din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1. Se acordă punctaj pentru fiecare aparat de înaltă calitate, după cum urmează :

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/or
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienți tratați simultan, (2 sau mai multe canale) vechime 1 - 10 ani	20 puncte	8
3.	Baie galvanică și alternant , vechime 1 - 10 ani	20 puncte	2
4.	Aparate de magnetoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
5.	Aparate cu energie luminoasă (laserterapie, ultraviolete, infraroșii), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de șoc, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
7.	Aparate de parafină , vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3 aplicații/ canapea/pat/ or
8.	Aparate pentru înaltă frecvență , vechime 1 - 10 ani	15 puncte	4
9.	Aparate pentru drenaj limfatic, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	2

10.	Aparat pentru ultrasonoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
11.	Aparat de aerosoli, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	4
12.	Cad de hidroterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte/ 1 cad	2
13.	Cad de hidroterapie cu duș subacval sau cu bule, vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ 1 cad	2
14.	Dispozitive de dușuri terapeutice (scotian, alternativ etc.), vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ dispozitiv	2
15.	Echipament de elongație	15 puncte/ echipament	1

Se scade din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului peste 10 ani.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/aparat	Total proceduri pe or /aparat
1	2	3	4	5	

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1: La contractare, se va ține cont de:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/or , conform tabelului de mai sus

b) numărul maxim de proceduri/or posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de balneofizioterapie cu pregătire superioară sau medie de specialitate, profesorul de cultur fizic medical , precum și de către fiziokinetoterapeutul și kinetoterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/or ; numărul maxim de proceduri/or posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către maseurii și bieleții care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 2 proceduri/or .

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulțește cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) și numărul de proceduri de la lit. a).

În situa ia în care, num rul maxim de proceduri prev zut la lit. b) este mai mare decât cel prev zut la lit. a), se acord punctajul aferent lit. A.1.

A.2. Evaluarea s lii de kinetoterapie:

- Suprafa a util a s lii este între 8 - 15 mp i dotare corespunz toare conform [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modific rile i complet rile ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiin area, organizarea i func ionarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup num rul maxim de pacien i este 3 i minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical .

- Suprafa a util a s lii este între 16 - 30 mp i dotare corespunz toare conform [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modific rile i complet rile ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiin area, organizarea i func ionarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup num rul maxim de pacien i este 6 i minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /tur .

- Suprafa a util a s lii este de peste 30 mp, folosit exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie i dotare superioar fa de prevederile [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modific rile i complet rile ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup num rul maxim de pacien i este 8 indiferent de m rimea s lii i minim doi fiziokinetoterapeu i/kinetoterapeu i/profesor de cultur fizic medical /tur .

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc i are dotarea corespunz toare actelor normative în vigoare = 16 puncte i minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /tur ;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc i are dotarea corespunz toare actelor normative în vigoare = 30 puncte i minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical /tur ;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc i are dotarea corespunz toare actelor normative în vigoare = 40 puncte i minim doi fiziokinetoterapeu i/kinetoterapeu i/profesor de cultur fizic medical /tur .

TOTAL puncte resurse tehnice

NOTA 1: Sala de kinetoterapie i bazinul de hidrokinetoterapie se puncteaz numai dac la furnizor î i desf oar activitatea cel pu in un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical în func ie de dimensiunile s lii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 i A.3 se acord pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultur fizic medical) pentru o norm întreag (7 ore). Pentru frac iuni de norm , punctajele aferente lit. A.2 i A.3 se ajusteaz propor ional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderele acestui criteriu este de 60%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Se consideră o normă întreagă astfel!

- pentru un medic - 35 ore/sptmână (7 ore x 5 zile/sptmână)
 - pentru un asistent balneofizioterapie, maseur, băie - 40 ore/sptmână (8 ore/zi x 5 zile/sptmână)
 - pentru un fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală, - 35 ore/sptmână (7 ore/zi x 5 zile/sptmână)
- a. medic în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie:
- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
 - medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală - 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

e. b ie - 10 puncte/1 norm

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE

Program de activitate s pt mân al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/s pt mân = 2 puncte
- Sub 5 zile/s pt mân = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe s pt mân = 5 puncte
- 5 zile/s pt mân /mai mult de 8 ore pe zi i mai pu in de 16 ore pe zi = punctaj propor ional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte

Pentru fiecare criteriu se stabile te num rul total de puncte ob inut prin însumarea num rului de puncte ob inut de fiecare furnizor.

Se calculeaz valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împ rirea sumei rezultate ca urmare a aplic rii procentelor corespunz toare fiec rui criteriu la num rul de puncte ob inut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct ob inut pentru fiecare dintre criteriile se înmul e te cu num rul de puncte ob inut de un furnizor corespunz tor fiec rui criteriu, rezultând sumele aferente fiec rui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea total contractat de un furnizor cu casa de asigur ri de s n tate se ob ine prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul ob inut de fiecare furnizor corespunz tor fiec rui criteriu se afi eaz pe pagina web a casei de asigur ri de s n tate.

ANEXA 12

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie)

I. Partenerii contractanți

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentat prin președintele - director general

i

- unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie apar în rândul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, reprezentat prin

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentat prin

- societatea de turism balnear și de recuperare, medicină fizică și balneologie, constituită conform [Legii](#) societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care îndeplinește condițiile prevăzute de [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002](#) privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare medicală, aprobat prin [Legea nr. 143/2003](#), reprezentat prin

- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax, e-mail Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax reprezentat prin

NOT :

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care

reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 2

Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților, conform [anexei nr. 10](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4

Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 5

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 6

Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie autorizată și să le afișeze public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform [Ordinului](#) ministrului sănătății al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnat electronic extins raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 186](#) alin. (1) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la

domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafăle medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în [anexa nr. 11](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în [anexa nr. 11](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

l) să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe care sunt utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale recuperare, medicină fizică și balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la [art. 45](#) alin. (2) din [anexa 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 8

Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și ale [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ar - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat și medicul și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare

de la data producerii modificării, și îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu îfră contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe ar, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu îfră contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acută/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică recuperare, medicină fizică și balneologie poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie, prescripția se eliberează în condițiile prezente rii unui document eliberat de spital, când asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22 C](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ar, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate

de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală ;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, și în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată ;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, în elegeți, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și de la data la care se implementează formularele electronice

men ionate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu cifră contribuție personal în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu cifră contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

w) să recomande asigurarea ilor tratamentului, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strâns legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asigurătorilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în [anexa nr. 13](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#). Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie este prevăzută în [anexa nr. 13](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#). Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul să beneficiaze de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ab) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

ac) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

ad) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

af) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li s-a emis cardul național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în [anexa nr. 36](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiune permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie - serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#);

al) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință /adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

am) să transmită în platforma informatică din asiguraților de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguraților de sănătate în condițiile lit. al), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această

dat ; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semn tur electronic extins potrivit dispozi iilor [Legii nr. 455/2001](#), republicat . În situa ia nerespect rii acestei obliga ii, serviciile medicale nu se deconteaz furnizorilor de c tre casele de asigur ri de s n tate.

VI. Modalit i de plat

ART. 9

Modalitatea de plat a serviciilor medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie, acordate în unit i sanitare ambulatorii de recuperare, medicin fizic i balneologie în sistemul asigur rilor de s n tate, este tariful pe serviciu medical - consulta ie/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicin fizic i balneologie, prev zute în [anexa nr. 11](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#).

ART. 10

(1) Valoarea contractului rezult din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Num rul de servicii - consulta ii/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consulta ie*)/zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consulta ii			
Servicii medicale - Consulta ii cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical - consulta ie i tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicin fizic i balneologie sunt cele prev zute în [anexa nr. 11](#) la Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a [H.G. nr. 161/2016](#) i au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consulta ii i num rului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicin fizic i balneologie.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie, acordate în unit ile sanitare ambulatorii de recuperare, medicin fizic i balneologie în sistemul asigur rilor sociale de s n tate, este de lei.

ART. 11

(1) Decontarea lunar a serviciilor medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie, acordate în unit ile sanitare ambulatorii de recuperare, medicin fizic i balneologie în sistemul asigur rilor sociale de s n tate, se face pe baza num rului de servicii medicale - consulta ii i a num rului de zile de tratament recuperare, medicin fizic i balneologie realizate i a tarifelor pe serviciu medical - consulta ie i a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiec rei luni, pe baza facturii i a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigur ri de s n tate pân la data de

Tarifele pe zi de tratament se deconteaz numai dac num rul procedurilor recomandate i efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc propor ional conform formulei: nr. proceduri recomandate i efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Toate documentele necesare decont rii se certific pentru realitatea i exactitatea datelor raportate prin semn tura reprezentan ilor legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractat se defalcheaz pe trimestre i pe luni, inându-se cont i de activitatea specific sezonier :

Suma anual contractat este de lei, din care:

- Suma aferent trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferent trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferent trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferent trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de recuperare, medicină fizică și balneologie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de paraf al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de paraf al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 12

Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 13

Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie cu care casa de asigur ri de s n tate a ncheiat contract este direct r spunz tor de corectitudinea datelor raportate. n caz contrar, se aplic prevederile legisla iei n vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16

Orice împrejurare independent de voina p r ilor, intervenit dup data semn rii contractului i care mpiedic executarea acestuia, este considerat for major i exonereaz de r spundere partea care o invoc . Sunt considerate for major , n sensul acestei clauze, împrejur ri ca: r zboi, revolu ie, cutremur, mari inunda ii, embargo.

Partea care invoc for a major trebuie s anun e cealalt parte n termen de 5 zile calendaristice de la data apari iei respectivului caz de for major i s prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competent din propriul jude , respectiv Municipiul Bucure ti, prin care s se certifice realitatea i exactitatea faptelor i împrejur rilor care au condus la invocarea for ei majore i, de asemenea, de la nctarea acestui caz.

Dac nu procedeaz la anun area n termenele prev zute mai sus a nceperii i nct rii cazului de for major , partea care îl invoc suport toate daunele provocate celeilalte p r i prin neanun area n termen.

n cazul n care împrejur rile care oblig la suspendarea execut rii prezentului contract se prelungesc pe o perioad mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolu iunea contractului.

ART. 17

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie r spundere i nu atrage nicio obliga ie din partea casei de asigur ri de s n tate cu care s-a ncheiat contractul.

X. Sanc iuni, condi ii de reziliere, suspendare i nctare a contractului

ART. 18

(1) n cazul n care n derularea contractului se constat nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prev zut n contract, se aplic urm toarele sanc iuni:

a) la prima constatare se diminueaz cu 5% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicin fizic i balneologie aferente lunii n care s-au produs aceste situa ii, pentru fiecare dintre aceste situa ii;

b) la a doua constatare se diminueaz cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicin fizic i balneologie aferente lunii n care s-au produs aceste situa ii pentru fiecare dintre aceste situa ii.

(2) n cazul n care se constat nerespectarea obliga iilor prev zute la [art. 8](#) lit. b), c), e - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum i prescrieri de medicamente cu sau f r contribu ie personal din partea asiguratului i de unele materiale sanitare i/sau recomand ri de investiga ii paraclinice, care nu sunt n conformitate cu reglement rile legale n vigoare aplicabile n domeniul s n t ii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular dec t cel prev zut n norme sau

neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzute la [art. 8](#) lit. aa) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 8](#) lit. ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzute la [art. 8](#) lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate în evidență distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 8](#) lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate

ART. 19

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de

maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 8](#) lit. z), aj) și [art. 45](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;
- j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la [art. 18](#) alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la [art. 18](#) alin. (3).

ART. 20

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală ;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 21](#) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrate /înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 21

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie se suspend cu data la care a intervenit una dintre urm toarele situa ii:

a) încetarea valabilit ii sau revocarea de c tre autorit ile competente a oric ruia dintre documentele prev zute la [art. 41](#) alin. (1) lit. a) - c) din [anexa nr. 2](#) la H.G. nr. 161/2016, cu modific rile i complet rile ulterioare, i nerespectarea obliga iei prev zute la [art. 8](#) lit. x), cu condi ia ca furnizorul s fac dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaz pentru o perioad de maximum 30 de zile calendaristice de la data încet rii valabilit ii/revoc rii acestuia;

b) în cazurile de for major confirmate de autorit ile publice competente, pân la încetarea cazului de for major , dar nu mai mult de 6 luni, sau pân la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigur ri de s n tate, pentru motive obiective, independente de voin a furnizorilor i care determin imposibilitatea desf ur rii activit ii furnizorului pe o perioad limitat de timp, dup caz, pe baz de documente justificative;

d) nerespectarea de c tre furnizorii de servicii medicale a obliga iei de plat a contribu iei la Fond, constat de c tre casele de asigur ri de s n tate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pân la data la care ace tia î i achit obliga iile la zi sau pân la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dup 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigur ri de s n tate a efectuat ultima plat c tre furnizor;

e) de la data la care casa de asigur ri de s n tate este în tiin at de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerci iul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplic corespunz tor numai medicului aflat în contract cu casa de asigur ri de s n tate care se afl în aceast situa ie.

(2) Pentru situa iile prev zute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc propor ional cu num rul de zile calendaristice pentru care opereaz suspendarea.

(3) Pentru situa iile prev zute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigur ri de s n tate nu deconteaz serviciile medicale de recuperare, medicin fizic i balneologie.

ART. 22

(1) Situa iile prev zute la [art. 19](#) i la [art. 20](#) alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constat de c tre casa de asigur ri de s n tate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oric rei persoane interesate.

(2) Situa iile prev zute la [art. 20](#) alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notific casei de asigur ri de s n tate cu cel pu in 30 de zile calendaristice înainte de la care se dore te încetarea contractului.

ART. 23

Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin în 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilaltă parte contractantă schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin în zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă acestui contract.

ART. 26

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistență de recuperare, medicină fizică și balneologie, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizorii și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractant .

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției Relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 13

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Malformații congenitale și boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpură trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii

14. Purpura trombotic trombocitopenic
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Boli psihice (schizofrenie, tulbur ri schizotipale i delirante, tulbur ri afective majore, tulbur ri psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revasculariza ie percutanat , cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afec iuni postoperatorii i ortopedice pân la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bron ic
28. Glaucom
29. Statuspost AVC
30. Ulcer peptic gastroduodenal
31. Boala celiac la copil
32. Boala cronic inflamatorie intestinal (boala Crohn i colita ulceroas)
33. Sindromul Schwachmann
34. Hepatita cronic de etiologie viral B, C i D i ciroza hepatic în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
35. Boala Hirschprung
36. Bolile nutri ionale la copii (rahitism caren ial comun, malnutri ia protein-caloric la sugar i copii, anemiile caren iale pân la normalizare hematologic i biochimic) supraponderea i obezitatea pediatric
37. Bron iectazia i complica iile pulmonare supurative
38. Scleroza multipl
39. Demen e degenerative, vasculare, mixte
40. Starea posttransplant
41. Insuficien a renal cronic - faza de dializ
42. Bolile rare (hemofilia i talasemia, mucoviscidoza, hipertensiunea pulmonar , epidermoliza buloas , scleroza lateral amiotrofic , sindrom Prader-Willi, osteogeneza imperfect , boala Fabry, boala Pompe, tireozinemia, sindrom Hunter, sindrom Hurler, afibrinogenemia congenital , sindrom de imunodeficien primar , fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familial amiloid cu transtiretin , scleroza sistemic i ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenic cronic la adul i splenectomiza i i nesplenectomiza i, scleroza tuberoas)

43. Afec iuni oncologice i oncohematologice
44. Diabetul zaharat cu sau f r complica ii
45. Boala Gaucher
46. Boala Graves-Basedow i alte forme de hipertiroidism
47. Degenerescenta macular legat de vârst (DMLV)
48. Boala Cushing
49. Paraliziile cerebrale infantile
50. Epilepsia
51. Boala Parkinson
52. Poliartrita reumatoid , artropatia psoriazic , spondilita anchilozant , psoriazis cronic sever
53. Afec iuni ale copilului 0 - 1 an
54. Anomalii de mi care binocular (strabism, forii) copii 0 - 18 ani
55. Vicii de refrac ie i tulbur ri de acomodare copii 0 - 18 ani
56. Afec iuni ale aparatului lacrimal (1 - 3 ani)
57. Infarctul intestinal operat
58. Arteriopatii periferice operate
59. Insuficien respiratorie cronic sever

NOTA 1: Prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate f r bilet de trimitere pentru afec iunile de mai sus.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie s informeze medicul de familie prin scrisoare medical dac au intervenit schimb ri în evolu ia bolii i în atitudinea terapeutic .

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este eviden iat management de caz.

ANEXA 14

CONDI IILE ACORD RII PACHETULUI MINIMAL I PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICIN DENTAR

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZ PENTRU MEDICINA DENTAR

Cod	Acte terapeutice	Tarif lei	Suma decontat de CAS		
			Copii 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consulta ie - include modelul de	133	100%	60%	100%

	studiu, dup caz, controlul oncologic și igienizare				
	*) Se acord o singur consulta ie la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consulta ie la 6 luni pentru copii pân la 18 ani.				
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	100%	100%
2.1.	Obtura ia dintelui dup tratamentul afec iunilor pulpare sau al gangrenei	120	100%	60%	100%
3.	Tratamentul afec iunilor pulpare cu anestezie	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afec iunilor parodon iului cu anestezie	94	100%	100%	100%
8.	Extrac ia din ilor temporari cu anestezie	20	100%		
9.	Extrac ia din ilor permanen i cu anestezie	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	**) În situa ia în care se efectueaz în aceeași ședin în care a fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigur ri de s n tate				
11.	Decapușonarea la copii	47	100%		
12.	Reducerea luxa iei articula iei temporo-mandibulare	62	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilic mobilizabil pe arcad	850		60%	100%
	***) Se acord o dat la 4 ani.				

14. ****)	Repara ie protez	78		100%	100%
	****) Se acord o dat pe an.				
14.1. ****)	Rebazare protez	150		100%	100%
	****) Se acord o dat pe an.				
15.	Element protetic fizionomic (acrilat/ compozit)	78	100%	60%	100%
16.	Element protetic semi-fizionomic (metal + acrilat/compozit)	170	100%	60%	100%
17.	Reconstituire coroan radicular	100	100%	60%	100%
18. *****)	Decondi ionarea tulbur rilor func ionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + b rbi și capelin	546	100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerci ii cu spatula/ședin	20	100%		
20. *****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malforma iilor congenitale	780	100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	20	100%		
22. *****)	Repara ie aparat ortodontic	390	100%	100% *1)	
	*1) Se deconteaz pentru tinerii de la 18 ani pân la vârsta de 26				