



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax. +4021 211 00 62

Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București
Fax. +4021 315 46 56



Nr. înregistrare **101** / 10.10.2011

Către, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

În atenția Domnului Președinte Nicolae-Lucian Duță

Observații și propuneri privind **proiectului Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, conform prevederilor Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, afișat pe siteul www.cnas.ro la data de 22 septembrie 2011.

Vă aducem la cunoștință că în conformitate cu Legea nr. 242/2010 pentru completarea Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică (inițiativă legislativă a guvernului), art. 11, alin (3), **autoritățile sunt obligate să justifice în scris nepreluarea recomandărilor formulate și înaintate în scris** de cetățeni și asociațiile legal constituite ale acestora.

Cu deosebită considerație,

FNPMF

Președinte

Dr. Doina Mihăilă



SNMF

Președinte

Dr. Rodica Tănăsescu





CNAS	Modificari	Justificare
<p>CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale</p>	<p>CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale – se acorda asiguratilor cu restanta la plata FUNASS</p>	<p>- intreaga populatia cu domiciliul in Romania este asigurata dar sunt persoane care au intarzieri la plata contributiei;</p>
<p>A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.</p> <p>NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.</p> <p>NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.</p> <p>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, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B, C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.</p> <p>NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.</p>	<p>Nota 5: Seviceiile medicale de urgenta se deconteaza medicului care asigura urgenta indiferent de lista pe care se afla acesta inscris</p>	<p>Nu este normal ca un servciu de urgenta sa nu fie platit de CAS medicului care il efectueaza. Oamenii circula!</p>
<p>B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic(examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).</p> <p>NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicioasă și confirmată.</p>	<p>B.Depistare, supraveghere de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament</p>	<p>In cazul bolilor infecto-contagioase exista riscul raspandirii afectiunii catre un numar mai mare de cazuri daca focarul nu este controlat. Medicul care face depistarea se ocupa de intregul focar indiferent</p>



	adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată	de lista pe care se afla asiguratul. Este vorba de un focar de boala si situatia trebuie tinuta sub control de un singur medic.
<p>C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:</p> <p>a) luarea în evidență în primul trimestru;</p> <p>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;</p> <p>c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;</p> <p>d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;</p> <p>e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere; NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.</p> <p>NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.</p> <p>NOTA 3: Consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările prevăzute la lit. D, specifice perioadei de sarcină și lăuzie.</p> <p>În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicația pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea.</p>	De scos acest articol	Femeia gravida este asigurata indiferent daca are sau nu asigurarea platita Intra in pachetul de baza
<p>D. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare):</p> <p>I. conform programului național de imunizări:</p>	De scos acest articol	Copilul este asigurat Intra in pachetul de baza



<p>a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate; b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare; c) antihepatită B; d) antipoliomielitică; e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive; f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice; g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B.</p> <p>II. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut; b) testarea PPD.</p> <p>NOTĂ: În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și consultație de urgență pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperetele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicația pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.</p>		
<p>E. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.</p> <p>NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.</p>	<p>NOTA: Se raportează serviciu medical constatarea de deces.</p>	<p>Constatarea decesului este un serviciu care se plătește – consultație medicală – care nu întotdeauna este urmată de eliberarea certificatului de deces.</p>
<p>F. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială: a) consilierea femeii privind planificarea familială; b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.</p>		
<p>CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ</p>	<p>De scos acest capitol</p>	<p>Persoanele care se asigură facultativ are dreptul la același pachet de servicii – pachet de baza</p>
<p>CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de baza</p>	<p>CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de baza – se acorda asiguratilor cu plata contributiei cf legii si persoanelor asigurate facultativ</p>	<p>Ambele categorii sunt asigurate si trebuie sa beneficieze de același pachet de servicii medicale</p>
<p>A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență</p>	<p>Nota 5: Serviciile medicale de</p>	<p>Nu este normal ca un serviciu de</p>



<p>(anamneză, examen clinic și tratament) care se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.</p> <p>NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.</p> <p>NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.</p> <p>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 - cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B și C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.</p> <p>NOTA 4): Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.</p>	<p>urgenta se deconteaza medicului care asigura urgenta indiferent de lista pe care se afla inscris acesta</p>	<p>urgenta sa nu fie platit de CAS medicului care il efectueaza. Oamenii circula.</p>
<p>B. Servicii medicale profilactice /de prevenție:</p> <p>1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:</p> <ul style="list-style-type: none">a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;b) la 1 lună - la domiciliul copilului;c) la 2 luni;d) la 4 luni;e) la 6 luni;f) la 9 luni;g) la 12 luni;h) la 15 luni;i) la 18 luni.j) la 24 luni;k) la 36 luni. <p>NOTĂ 1: Consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț</p>	<p>De scos NOTA 1</p> <p>NOTĂ 2: În cazul imunizărilor făcute în unitățile de învățământ prescolar și școlar, medicul de familie desemnat de direcțiile de sănătate publică, va raporta doar serviciul de inoculare a vaccinului, în cazul în care persoanele imunizate nu sunt înscrise în lista proprie.</p>	<p>Nu are legatura cu ex de bilanț Se plateste inocularea care obligatoriu cuprinde și consultatia Preventia sa fie platite de MS</p>



<p>pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a Cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicația pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.</p> <p>NOTĂ 2: În cazul imunizărilor făcute în unitățile de învățământ preșcolar și școlar, medicul de familie desemnat de direcțiile de sănătate publică, va raporta doar serviciul de inoculare a vaccinului, fără consultaie, în cazul în care persoanele imunizate nu sunt înscrise în lista proprie.</p>		
<p>2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:</p> <p>a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;</p> <p>b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;</p> <p>Controlul medical cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic); - recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație; - încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc. <p>Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în luna în care este născut.</p> <p>c) supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, și cuprinde: sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic și alte activități care nu se finalizează cu eliberarea de prescripții medicale sau prescriere de investigații medicale paraclinice.</p> <p>NOTĂ: Consultația pentru serviciile medicale prevăzute la lit. a) și b) cuprinde și inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei.</p> <p>În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicația pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea.</p>	<p>Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie in orice luna a anului.</p> <p>Controlul medical anual al persoanelor peste 18 ani cuprinde: un examen clinic general, trimitere la 1. laborator pentru depistarea factorilor de risc pentru bolile metabolice și cardiovasculare (HL, glicemie, colesterol, trigliceride, uree, ac uric, cretinina, sumar urina) persoanelor în vârstă de peste 18 ani, 2. trimitere ex Babes Papanicolau femeilor peste 35 ani odata la 3 ani; 3. test pentru identificarea cancerului de prostata barbatilor in varsta de peste 50 ani, urmate de o evaluare finala. Se deconteaza 2 consultatii/an pentru un control medical periodic/an. Daca aceste investigatii se pot efectua la cab med si de catre MF pe aparate omologate la nivelul UE, plata acestor investigatii se face la MF pe contract separat in limita nr de investigatii/asigurat/an</p>	<p>Daca persoana este in CO sau plecat o perioada din tara, nu mai poate beneficia de acest examen?</p> <p>Ex clinic general nu este suficient pentru evaluarea unei persoane in varsta de peste 18 dat fiind morbiditatea crescuta a bolilor metabolice, cardio-vasculare si neoplazice.</p> <p>Pentru persoanele care refuza sa efectueze aceste examene se pot lua masuri coercitive: cresterea contributiei la sist de asigurari, sa nu bneficienze de compensari etc</p> <p>Nu are legatura cu controlul</p>



	si a tarifului stabilit. De scos NOTA	medical anual
<p>3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:</p> <p>a) luarea în evidență în primul trimestru;</p> <p>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;</p> <p>c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;</p> <p>d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;</p> <p>e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere. NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.</p> <p>NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.</p> <p>NOTA 3: Consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4 specifice perioadei de sarcină și lăuzie.</p> <p>În situația în care consultația nu include inocularea ,se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atat pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperatele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicația pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea.</p>	<p>De scos NOTA 2</p>	<p>Nu are legatura cu supravegherea gravidei.</p>
<p>4. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare):</p> <p>4.1. conform programului național de imunizări:</p> <p>a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate</p> <p>b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;</p> <p>c) antihepatită B;</p> <p>d) antipoliomielitică;</p> <p>e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive;</p>	<p>4. Imunizări</p> <p>De scos si nota</p>	<p>Se deconteaza inocularea care presupune si consultatia. Daca este, in urma consultatiei, bolnav se raporteaza consultatia cu boala, deci nu-si mai are rostul aceasta specificare</p>



<p>f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice; g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B. 4.2. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut; b) testarea PPD. 4.3. Vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 4.1 și 4.2. Nota: Consultația, inclusiv inocularea se raportează și decontează numai pentru situațiile în care inoculările nu au fost efectuate în condițiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 și Nota 3 de la pct. 3.</p>		
<p>5. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicioasă și confirmată.</p>		
<p>6. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială: a) consilierea femeii privind planificarea familială; b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.</p>		
<p>7. Servicii de promovare a sănătății Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.</p>		
<p>C. Servicii medicale curative: Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde: - anamneza, examenul clinic general; - unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare; - recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare; - manevre de mică chirurgie, după caz; - stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;</p>	<p>De scos de la nota 2: Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută/subacută, în situația în care au fost</p>	<p>Sunt multe afecțiuni acute/subacute care necesită mai mult de 3 consultații/episoade. Dacă se limitează la 3 numărul de consultații, singura alternativă este internarea în spital ceea ce presupune costuri mult mai mari.</p>



<p>- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;</p> <ul style="list-style-type: none">- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie după caz;- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau lunar. <p>NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.</p> <p>NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută/ subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută/ subacută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate."</p> <p>NOTA 3: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.</p> <p>NOTA 4: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.</p> <p>NOTA 5: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută/ subacută, numărul consultațiilor este maximum 4, respectiv 5.</p> <p>NOTA 6: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.</p> <p>Nota 7:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.2. Pentru evaluarea clinică și paraclinică a bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultație / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice și	<p>acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate."</p> <p>De scos NOTELE 3-6</p> <p>De scos de la NOTA 7 alin 2 care contrazice aliniatul 1: Pentru evaluarea clinică și paraclinică a bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultație / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice și prescripția/prescripțiile medicale aferente consultației, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultație în condițiile prevăzute la pct. 1.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



<p>prescripția/prescripțiile medicale aferente consultației, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultație în condițiile prevăzute la pct. 1.</p>		
<p>D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în Anexa nr.39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde: - întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare - raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri</p>	<p>Se raportează la 3 luni pe cod de bpala</p>	<p>Sunt pac cu 2-3 afecțiuni din lista 39A</p>
<p>E. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic. NOTA 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Registrul de consultații” al cabinetului care va conține: data și ora vizitei, numele, prenumele și CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria și numărul), după caz. NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora. NOTA 3: Pentru bolnavii cu afecțiuni acute/subacute consultația la domiciliu se poate acorda asiguraților nedeplasabili și copii 0 - 3 ani.</p>	<p>De scos NOTA 1</p>	<p>Nu se justifica registrul special: exista fisa pacientului. Birocratizeaza activitatea medicului inutil.</p>
<p>F. Servicii medicale paraclinice - ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenței și a dotărilor necesare; NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în Anexa nr. 11. G. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat constatator de deces (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția</p>	<p>- EKG in limita a 4 determinari/an/asigurat - Teste rapide: glicemie, colesterol, trigliceride, Hb, sumar urina in limita a 4 determinari/an/asigurat</p>	<p>- costurile sunt mai mici decat la un laborator - in situatia distantelor mari pana la laboratoare, pacientii refuza din cauza costurilor, sa faca investigatiile solicitate ceea ce are un impact grav in monitorizarea tratamentului corect al bolilor</p>



<p>copilului.</p> <p>NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activități de suport sunt, după caz, consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.</p>		
<p>CAPITOLUL IV Dispoziții finale</p> <p>1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cu afecțiuni cronice se realizează conform listei de afecțiuni cuprinsă în Anexa nr. 39 A.</p> <p>2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ și din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistență medicală la domiciliu, medicamentele și materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepția celor asigurate de către alte instituții în condițiile legii.</p> <p>3. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. I lit. A și B și la Cap. II lit. G. .</p> <p>Pentru situațiile care se încadrează la cap. II litera G, costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.</p> <p>4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, după caz beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - E sau numai de unele dintre acestea, după caz.</p> <p>5. Pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la Cap. I în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.</p> <p>6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie.</p>		



<p style="text-align: center;">ANEXA 2 MODALITĂȚILE DE PLATĂ</p> <p>în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale</p>										
<p>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 pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa nr. 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, după caz precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății .</p> <p>(2) Suma convenită 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.</p> <p>a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabilește astfel:</p> <p>1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:</p> <table border="1" data-bbox="152 1086 1272 1299"> <tr> <td>Grupa de vârstă</td> <td>0 - 3 ani</td> <td>4 - 59 ani</td> <td>60 ani și peste</td> </tr> <tr> <td>Număr de puncte/persoană/an</td> <td>11,2</td> <td>7,2</td> <td>11,2</td> </tr> </table>	Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste	Număr de puncte/persoană/an	11,2	7,2	11,2	<p>ART. 1 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană insrisa,</p>	<p>Cf legii 95 toata populatia cu domiciliul in Romania este asigurata. Mai devreme sau mai tarziu CNAS recupereaza restantele la plata dar MF nu beneficiaza de parte din aceste sume. Singura diferenta care trebuie sa fie se refera doar la plata serviciilor pe categorii: asigurat cu plata la zi (pachet de baza si facultativ) si asigurat cu restante la plata (asigurat cu restante)</p>
Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste							
Număr de puncte/persoană/an	11,2	7,2	11,2							
<p>NOTA 1*): Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se</p>										



<p>realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani).</p> <p>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) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.</p> <p>În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;</p> <p>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".</p> <p>3. 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 prezentată la contractare.</p>	<p>De scos: asigurate. Ramane doar: înscrise</p>	
<p>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 pe unitate administrativ-teritorială/zonă, este de 1.800.</p>		
<p>4. Numărul maxim de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.</p> <p>Excepție fac situațiile în care medicul cu listă proprie desfășoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.</p>	<p>De scos</p>	<p>Ingradește dreptul asiguraților să-și aleaga medicul de familie</p>
<p>5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal 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 sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. E din cap. III din Anexa nr. 1 la ordin.</p> <p>În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane</p>	<p>5. Pentru un număr de 1.800 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal 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</p>	<p>Daca numarul optim la nivel national este de 1800, toate referirile legate de activitatea medicului trebuie sa se faca raportat la acest numar.</p>



<p>înscrise, programul se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul se majorează cu 2 ore.</p>	<p>medicală primară este de 35 de ore pe săptămână.</p> <p>*Varianta 1: Pentru fiecare 400 asigurați înscriși în plus sau în minus programul de activitate se prelungeste/micsoreaza cu o ora/zi respectandu-se ora de o consultatie la domiciliu/zi.</p> <p>Varianta 2: Pentru fiecare 400 asigurați în plus, programul de activitate la cabinet se prelungeste cu o ora/zi respectandu-se ora de o consultatie la domiciliu/zi</p>	<p>Varianta 1 limiteaza –scade – numarul de ore la cabinet cu o ora pentru MF cu 1400 înscriși și numarul de consultatii maxim raportate samd</p> <p>Varianta 2: nu mai scade nr de ore de cabinet și nr de consultatii pentru cei cu liste sub 1800 și permite cresterea nr de ore și consultatii la cei cu liste mai mari de 1800</p>
<p>6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:</p>	<p>De scos acest punct.</p>	<p>Valoarea pctului PC se stabileste impartind bugetul alocat PC la nr de asigurați. Rezulta o suma fixa anuala care nu se mai regularizeaza desi peste 25% din nr medicilor au peste 1800 înscriși și li se aplica depunțare. Sau: Bugetul alocat PC cuprinde asiguratul ca intreg. Nu este normal ca MF sa fie platiti pe fractii de asigurat cu atat mai mult cu cat propunem prelungirea programului de activitate in functie de numarul de înscriși.</p> <p>Sau: consideram depunțarea o forma de furt la adresa medicilor care au peste 1800: desi munca pentru fiecare asigurat peste acest numar este la fel ca la cei sub acest numar.</p>



<p>b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oras, comună) - în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.</p> <p>Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) - în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, se stabilește conform lit. a).</p> <p>c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oras, comuna) - în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condițiile art. 23 alin. (6).</p> <p>Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, venitul se stabilește conform lit. a).</p>		
d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se		



<p>recalculează în următoarele situații:</p> <p>1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.</p> <p>Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte 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, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5, 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.</p> <p>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;</p>		
<p>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%.</p> <p>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.</p> <p>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 capita" 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 capita” gradul profesional al medicului titular.</p>	<p>De scos cei cu roșu:</p> <p>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 capita" 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 capita” gradul profesional al medicului titular.</p>	<p>De ce trebuie să existe convenție de înlocuire între medicul titular și medicul angajat? Medicul angajat poate înlocui fără convenție titularul cabinetului. De analizat subiectul în Co-Ca! Trebuie clarificat acest aspect: medicul angajat poate substitui medicul titular oricând. Ar trebui să fie valabil pentru PFA.</p>
<p>e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D și lit. G (cu excepția consultației pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din Anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".</p>	<p>În plata PC intra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elib certif de deces din pachetul minimal Cap E și pachetul de baza - elib scutiri medicale elevi, intrare în colectivitate elevi, cert de CM, 	<p>Plata PC reprezintă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - timpul în așteptare (programul de lucru) - capitalul de încredere al persoanei înscrise față de un



	- sfaturi medicale si educatie medicala pachet de baza Cap II	anumit medic - urgentele - certificate medicale, deces, scutiri, retete, trimeri, tratamente in urma consultatiilor proprii
(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu medical se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct. a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este: - consultație la domiciliu - 15 puncte; - consultație la cabinet - 5,5 puncte. 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 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. 5; - în medie, o consultație la domiciliu/zi.	De modificat tinandu-se cont de cele 35 ore/saptamana pentru un medic cu 1800 inscrisi	
c) Serviciile cuprinse la cap. I, cap. II și cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) și b) și pct. 3 - 6, lit. C, lit. D - pentru consultațiile cuprinse în notă, lit. E și G - numai consultația pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical.	In plata SM intra: - din pachetul minimal: - urgentele din pachetul minimal si de baza – Cap I pct A si Cap II pct A B.Depistare, supraveghere 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).	



	<p>NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată. Cap I pct B</p> <p>2. Constatate deced</p> <p>- din pachetul de baza:</p> <p>Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială: consilierea femeii privind planificarea familială; indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc. Cap I pct F</p> <p>- constatare deced</p> <p>- vaccinari, prevenție, suprav sarcina și lauzie, imunizari, depistare bolnavi cu potențial endemo-epidemic, planificare familială, consultații acute, subacute și cronice programabile, cons anexa 39A, consultații la domiciliu; constatarea decesului</p> <p>- plata pe ex paraclinic: EKG 15 lei, Hb, trigliceride, colesterol, glicemie, sumar urina 5 lei/determinare</p>	
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 medicamentele cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripția medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de	De scos: folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar	Trebuie să renunțăm la tipizate care sunt consumatoare de bani și timp; se pot folosi rețete simple pe hârtie normală; se pot da niște numere de rețete medicilor de la ... la ...



sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă	rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă	
b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul, care se consemnează în fișa de consultație, în registrul de consultație și în biletul de trimitere;	De scos	Fisa pacientului este actul medical-contabil oficial recunoscut. Inregistrarea aceluasi lucru in mai multe evidente ia din timpul acordat pacientului
în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea 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		
c) în unitățile de învățământ în care nu există medic școlar sau în centrele de vaccinare, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze imunizarea se efectuează de medicii de familie desemnați la începutul anului de direcțiile de sănătate publică și comunicați caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât și de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligați să raporteze nominal și pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinare și în carnetul de vaccinare, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.	In unitățile de învățământ în care nu există medic școlar se incheie acte aditionale distincte cu CJAS cu MF desemnati de ASP care efectueaza triaje epidemiologice si vaccinari tuturor copiilor scolarizati indiferent de MF la care copilul este inscris. Actele aditionale se incheie pe numar de copii scolarizati iar plata se face pe numar de copii examinati pentru ex de triaj si copii vaccinati. Se deconteaza ex de triaj la fiecare	Numarul medicilor de medicina scolara este insuficient la nivel national iar MF nu pot fi obligati sa presteze activitati de triaj si vaccinari gratuit. In momentul actuala sunt f multe situatii de scolii – in special in rural – unde nu se mai efectueaza triajul si vaccinarea. Plata se poate face prin transfer de la MS la CNAS.



	inceput de perioada de studiu iar vaccinarea cuprinde acele vaccinari cuprinse in PNV. Plata este echivalentul nr de puncte pentru consultatie inmultit cu valoarea punctului pentru fiecare caz in parte.	
d) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații, medicii de familie nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.	De scos: În aceste situații, medicii de familie nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.	Daca exista limitare la plata MF pentru plata consultatiei nu poate exista limitare si asupra pacientului deoarece daca acesta s-ar programa ar beneficia de acea reteta pe care o primeste pentru consultatia contra-cost. Nu intelegem rostul acestei limitari la retete si bilete de trimitere.
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 înștiințarea 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 situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea și de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.	Trebuie clarificat ce inseamna „cu prelungirea corespunzatoare a programului de activitate”. Cred ca este bine „se prelungeste cu ½ din programul de activitate a medicului inlocuit”.	



<p>Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate.</p> <p>Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței</p>		
<p>(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele înscrise din lista proprie și cele din lista medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pe o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.</p>	<p>Trebuie clarificat ce înseamnă „medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele înscrise din lista proprie și cele din lista medicului înlocuit.”. Cred ca este bine „se prelungeste cu ½ din programul de activitate a medicului inlocuit”.</p>	
<p>(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați.</p> <p>În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.</p>	<p>In situatia in care medicul titular are medic/medici angajat/angajati, activitatea medicului titular poate fi preluata de medicul/medicii angajat/angajati.</p>	<p>Medicul angajat este platit de titularul de contract, acesta nu are nici un fel de avantaj suplimentar din partea CJAS drept care angajatorul poate sa fie suplinit de angajat fara nici un fel de ingerinta din partea CNAS.</p>
<p>(5) Suma convenită prin plata "per capita" și pe serviciu medical aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.</p>		
<p>(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.</p>		



<p>(2) 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, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. 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 convenție cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.</p> <p>(3) Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.</p> <p>În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit</p>	<p>De adaugat: exceptie fac cabinetele medicale care au medic angajat.</p>	
<p>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, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă de persoane înscrise proprie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(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 referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate declarat pentru medicul angajat. Programul de activitate al medicului titular cât și 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.</p>	<p>De scos din alin (1) „medical individuala”</p> <p>De scos alin (2)</p>	<p>Se face confuzie între CMI ca PFA și SRL. Și unul și celălalt pot angaja medici și trebuie să aibă aceleași drepturi și obligații. Între PFA și SRL diferă doar modalitatea de înregistrare și raportare fiscală. Medicul angajat este plătit de titularul de contract, acesta nu are nici un fel de avantaj suplimentar din partea CJAS drept care angajatorul poate să fie suplinit de angajat fără nici un fel de ingerință din partea CNAS.</p>
<p>ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună) - încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligațiile și drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.</p> <p>(2) În situația în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru</p>		



<p>Încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform anexei nr. 3 la ordin și înainte de data de expirare a convenției.</p> <p>În cazul în care medicul care a încheiat o convenție potrivit alin. (1) nu reușește să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru.</p> <p>(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună) - într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.</p>		
<p>ART. 7 Pentru stabilirea valorii 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 2012 are următoarea structură:</p> <p>1. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2 Venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună), 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 este format din:</p> <p>a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;</p> <p>b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru</p>		



<p>cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.</p>		
<p>ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct pe serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre</p>		
<p>ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita", unică pe țară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru anul 2012.</p> <p>(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, pentru anul 2012 este în valoare de 1,8 lei.</p> <p>(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata 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 pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.</p> <p>Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu.</p> <p>(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel:</p> <p>Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata per capita precum și 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 încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.</p>	<p>ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita", unică pe țară, este în valoare de 4 lei, valabilă pentru anul 2012.</p> <p>(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, pentru anul 2012 este în valoare de 2,5 lei</p> <p>De adaugat: Valoarea unui punct "per capita" se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata "per capita" a medicilor de familie și de numărul de puncte "per capita" efectiv realizat, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct "per capita" unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct "per capita" nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct "per capita".</p>	<p>Plata PC trebuie sa reprezinte functionarea unui cabinet cu tot ceea ce presupune costurile legat de aceasta: utilitati, personal, timp in asteptare. In ultimii 3 ani costurile de functionare au crescut prin cresterea TVA, salarii, inflatie iar valoarea acestui punct a scazut.</p> <p>Plata SM trebuie sa reprezinte valoarea reala a unui serviciu medical-consultatie. Acum aceasta valoare este de 9,9 lei, cu mult sub ceea ce inseamna un asemenea act si cu mult sub plata altor servicii de pe piata de servicii.</p> <p>Numarul populatiei difera la nivel national dar si la nivelul listei MF drept care consideram ca si valoarea definitiva sa difere de la un trimestru la altul. Incep sa se intoarca cetateni romani din tarile UE.</p>
<p>ART. 10 (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</p>		



<p>efectiv realizate cu valoarea pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.</p> <p>(2) Suma convenită 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 punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.</p>		
<p>ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, 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 convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.</p>		
<p>ART. 12 Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), 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 (originalul), prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează o copie conform cu originalul a fișei medicale a acesteia, conform prevederilor legale în vigoare.</p>	<p>Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală (copia), prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare</p>	<p>Fisa medicala este document medical-contabil si juridic al medicului care o realizeaza iar originalul trebuie sa ramana la acesta.</p>
<p>ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.</p> <p>(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit 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 punctului "per capita" și la valoarea definitivă a punctului pe serviciu, stabilită 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 conform legii. Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate</p>		
<p>ART. 14 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor</p>	<p>De completat articolul cu: Necomunicarea de catre CJAS a furnizorilor de servicii medicale a</p>	<p>CJAS-urile trebuie sa aiba si ele obligatii!</p>



<p>actelor normative în vigoare. Acestea 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.</p>	<p>modificarilor aparute in actele normative nu poate fi pentru furnizori motiv de sanctionare.</p>	
<p>ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 -2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.</p> <p>(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 EMC, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către CMR. 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.</p>	<p>De introdus un paragraf similar privind efectuarea de EKG, investigatii teste rapide.</p>	
<p>ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis), la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.</p> <p>Medicii de familie pot efectua 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 convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua 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 numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.</p> <p>Numărul de investigații paraclinice contractat este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractată.</p> <p>Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfășoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară.</p>		
<p>ART. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent</p>		



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +4021 211 00 62

Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București
Fax +4021 315 46 56



<p>de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(2) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru în mediul urban rezultat prin preluarea unui praxis, nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.</p>		
<p>ART. 18 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, 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.</p>		