



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Propuneri si observatii proiect Norme 2011, varianta afisata pe CNAS.ro pe 11 martie 2011

Forma actuala	Forma propusa	Observatii
ANEXA 1 PACHETUL DE SERVICII MEDICALE în asistența medicală primară		
CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A cap. I din anexa nr. 21, precum și la cazurile prevăzute în lista de la lit. B și C din cap. I din anexa nr. 21, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemplu: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței). NOTA 1*): Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. NOTA 2*): Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru. NOTA 3*): Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca „urgență” de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.		
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere		

<p>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 situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.</p>	<p>NOTA – se elimina</p>	
<p>C. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare: a) luarea în evidență în primul trimestru; b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;</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;</p> <p>f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.</p> <p>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.</p>	<p>C – se elimina</p>	
<p>D. Imunizări:</p> <p>I. conform programului național de imunizări: a) antituberculoasă - vaccin BCG; b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare; c) testarea PPD; d) antihepatită B;</p> <p>e) antipoliomielitică VPO și VPI;</p> <p>f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);</p>	<p>D – se elimina</p>	

<p>g) antirujeolicăși antirujeolică – antirubeolică - antiurliană; h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare); i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare); j) împotriva tetanosului - dT sau VTA; k) antirubeolică. II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;</p>		
<p>E. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.</p>	<p>C. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.</p>	
<p>F. Servicii de planificare familială: a) consilierea femeii privind planificarea familială; b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.</p>	<p>D. Servicii 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 A. Serviciile cuprinse la capitolul I Pachetul minimal de servicii medicale B. Servicii medicale curative: Consultație pentru afecțiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament). NOTA 1: 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/medicia de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate. NOTA 2: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută. NOTA 3: În situațiile în care la o consultație se</p>	<p>NOTA 1 – se elimina</p> <p>NOTA 2 – se elimina</p> <p>NOTA 3 – se elimina</p>	<p>Este o reglementare abuziva nu are nicio justificare avind in vedere faptul ca, atit la medicul de familie cit si la medicul din ambulatoriul de specialitate este limitat numarul de consultatii/zi pe de o parte. Pe de alta parte medicina primara are buget separat de cel al ambulatoriului de specialitate. Este un abuz si la adresa pacientului, datorita faptului ca evolutia unei boli poate fi imprezibila si aceasta reglementare ingradeste accesul asiguratului la asistenta medicala.</p> <p>Acolo unde CAS constata abuzuri, prin urmarirea electronica a serviciilor decontate pe baza de CNP cu ajutorul Sistemului Informatic Unic Integrat, poate efectua controale, soldate cu penalizari sau rezilierea contractului, in baza prevederilor contractului. Este ilogica si abuziva restrictionarea accesului tuturor pacientilor, limitarea medicului in exercitarea profesiei si incarcarea cu birocratie inutila doar pentru cateva presupuse cazuri izolate de abuzuri din partea medicilor sau pacientilor. Cazuri care, acum, pot fi usor identificate cu ajutorul SIUI.</p>

<p>diagnosticează două sau mai multe afecțiuni acute/ subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3 consultații.</p> <p>NOTA 4: 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 5: 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 4 – se elimina</p> <p>NOTA 5 – se elimina</p>	
<p>CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază</p> <p>A. Serviciile cuprinse la capitolul I Pachetul minimal de servicii medicale</p>	<p>CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază</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 cap. I din anexa nr. 21, precum și la cazurile prevăzute în lista de la lit. B și C din cap. I din anexa nr. 21, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemplu: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței).</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 în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.</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,</p>	

	<p>trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).</p> <p>C. Monitorizarea 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;</p> <p>f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.</p> <p>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 6 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.</p>	
<p>B. Servicii medicale profilactice: Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:</p> <p>a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;</p> <p>b) la 1 lună - la domiciliul copilului;</p> <p>c) la 2 luni;</p> <p>d) la 4 luni;</p> <p>e) la 6 luni;</p> <p>f) la 9 luni;</p> <p>g) la 12 luni;</p> <p>h) la 15 luni;</p> <p>i) la 18 luni.</p>	<p>D. Servicii medicale profilactice: Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:</p> <p>a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;</p> <p>b) la 1 lună - la domiciliul copilului;</p> <p>c) la 2 luni;</p> <p>d) la 4 luni;</p> <p>e) la 6 luni;</p> <p>f) la 9 luni;</p> <p>g) la 12 luni;</p> <p>h) la 15 luni;</p> <p>i) la 18 luni.</p>	
<p>C. Imunizări: Vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate</p>	<p>E. Imunizări:</p> <p>I. conform programului național de imunizări:</p>	

<p>publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la cap. I lit. D.</p>	<p>a) antituberculoasă - vaccin BCG; b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare; c) testarea PPD; d) antihepatită B; e) antipoliomielitică VPO și VPI; f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată); g) antirujeolică și antirujeolică – antirubeolică - antiurliană; h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare); i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare); j) împotriva tetanosului - dT sau VTA; k) antirubeolică.</p> <p>II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;</p> <p>III. 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 cap. I lit. D.</p>	<p>DSP nu mai furnizeaza PPD de multi ani.</p> <p>Fiind un Program National al Ministerului Sanatatii, trebuie platite separat de MS;</p> <p>Numarul vaccinarilor intr-un an pe PNV este de circa 2.200.000 intr-un an – prescolari si scolari; costurile cu acest serviciu ar fi 2.200.000 X 2/punct X 2 lei = 8.800.000 lei</p>
<p>D. Servicii de promovare a sănătății Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.</p>	<p>F. Servicii de promovare a sănătății Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.</p>	
<p>E. Servicii medicale de prevenție a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani; b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate; Controlul medical cuprinde: -consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic); - recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație; -încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc. Controlul medical se poate efectua la solicitarea expresă a asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în cazuri justificate dar nu mai mult de 1 control medical pe</p>	<p>G. Servicii medicale de prevenție a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani; b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate; Controlul medical cuprinde: -consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic); - recomandare pentru examene paraclinice pentru depistarea factorilor de risc pentru afecțiunile cu impact major asupra stării de sanatate: boli cardio-vasculare, neoplasm de san sau col uterin 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>	

<p>an și asigurat.</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>Controlul medical se poate efectua la solicitarea expresă a asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în cazuri justificate dar nu mai mult de 1 control medical pe an și asigurat.</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>F. Servicii medicale curative:</p> <p>Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice. -recomandare pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, - recomandare pentru tratament de recuperare-reabilitare 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, după caz, lunar. <p>NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta 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</p>	<p>H. Servicii medicale curative:</p> <p>Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde, dupa caz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice. -recomandare pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, - recomandare pentru tratament de recuperare-reabilitare 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, după caz, lunar. <p>NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul</p>	<p>Nici o consultație nu poate să cuprindă toate cele enumerate (și bilet de trimitere, și rețeta, și recuperare, și dispozitive etc.). Precizarea “după caz” este necesară pentru clarificarea interpretărilor abuzive de tipul “prezentare pentru rețeta”.</p> <p>În cele mai multe cazuri bolnavii cronici au mai multe afecțiuni și este foarte puțin probabil, aproape imposibil, ca timp de trei luni să nu intervină nici o modificare în starea lor de sănătate. Sistemul actual de asigurare are caracter social, de altfel se definește ca social și se bazează pe principiul solidarității. Aceasta măsura contravine celor două</p>

<p>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> <p>1 Pentru evaluare 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, respectiv lunar.</p> <p>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 dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultație în condițiile prevăzute la pct. 1.</p>	<p>menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.</p> <p>NOTA 2 – se elimina</p> <p>NOTA 3 – se elimina</p> <p>Nota 4 – se elimina</p> <p>Nota 5 – se elimina</p> <p>Nota 6 – se elimina</p> <p>Nota 7 – se elimina.</p>	<p>principii, social și solidar.</p> <p>“Dupa caz”, va genera în această situație nenumărate abuzuri din partea caselor de asigurări. Cine hotărăște când este și când nu este cazul? La ce fel de boli cronice se referă? Cele obișnuite sau cele din 39A?</p> <p>În cele mai multe cazuri bolnavii cronici au mai multe afecțiuni și este foarte puțin probabil, aproape imposibil, ca timp de trei luni să nu intervină nici o modificare în starea lor de sănătate. Sistemul actual de asigurare are caracter social, de altfel se definește ca social și se bazează pe principiul solidarității. Aceasta măsura contravine celor două principii, social și solidar.</p> <p>Nu este niciodată clar cum sunt “dupa caz” la 3 luni sau la o luna. Probabil cele la o luna se referă la lista 39A și nu rezolvă problema majorității problemelor pacienților cronici.</p> <p>Este o reglementare abuzivă nu are nicio justificare având în vedere faptul că, atât la medicul de familie cit și la medicul din ambulatoriul de specialitate este limitat numărul de consultații/zi pe de o parte. Pe de altă parte medicina primară are buget separat de cel al ambulatoriului de specialitate. Este un abuz și la adresa pacientului, datorită faptului că evoluția</p>
---	--	---

		<p>unei boli este imprezibila si aceasta reglementare ingradeste accesul asiguratului la asistenta medicala.</p> <p>Acolo unde CAS constata abuzuri, prin urmarirea electronica a serviciilor decontate pe baza de CNP cu ajutorul Sistemului Informatic Unic Integrat, poate efectua controale, soldate cu penalizari sau rezilierea contractului, in baza prevederilor contractului. Este ilogica si abuziva restrictionarea accesului tuturor pacientilor, limitarea medicului in exercitarea profesiei si incarcarea cu birocratie inutila doar pentru cateva presupuse cazuri izolate de abuzuri din partea medicilor sau pacientilor. Cazuri care, acum, pot fi usor identificate cu ajutorul SIUI.</p>
<p>G. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.</p> <p>1. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele 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.</p> <p>Evidența acestor bolnavi cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare - raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri 	<p>I. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.</p> <p>1. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele 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.</p> <p>Evidența acestor bolnavi cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare - raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri 	
<p>H. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic.</p> <p>NOTA 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Caietul de consultații la domiciliu” care va conține: data și ora vizitei, numele, prenumele și CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul</p>	<p>J. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic.</p> <p>NOTA 1: - se elimina</p> <p>NOTA 1: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) medicul de familie efectuează controlul</p>	<p>Este un abuz, o birocratie in plus. Fisa de consultatii a pacientului contine toate datele care ar figura si in caietul de consultatii la domiciliu, totodata fisa are si rubrica locul consultatiei, unde se poate nota la domiciliu. Acest caiet nu are nicio justificare, nici medicala si nici financiara, atita timp cit toate</p>

<p>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 copiii 0 - 3 ani.</p>	<p>periodic la domiciliul acestora. NOTA 2: Pentru bolnavii cu afecțiuni acute/subacute consultația la domiciliu se poate acorda asiguraților nedeplasabili și copiii 0 - 3 ani.</p>	<p>elementele de date personale ale pacientului, date medicale, locul consultației sunt introduse în fișa pacientului. La asigurații nedeplasabili se va înțelege persoanele ale căror stare de sănătate este afectată.</p>
<p>I. 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.</p>	<p>K. 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.</p>	
<p>J. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului.</p>	<p>L. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.</p> <p>M. Servicii de planificare familială: a) consilierea femeii privind planificarea familială; b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.</p> <p>N. Bolnav TBC nou descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist precum și urmărirea TSS. NOTA 1: Se decontează un serviciu trimitere-confirmare și un serviciu TSS/lună</p>	
<p>CAPITOLUL IV Dispoziții finale 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. 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</p>	<p>2. Pentru serviciile de urgente medico-chirurgicale 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</p>	<p>Numai în caz de urgență medico-chirurgicală asigurăm medicamentele și materialul sanitar necesar. Pentru asigurarea medicamentelor și</p>

<p>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. B.</p> <p>Pentru situațiile care se încadrează la cap. II litera B, 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, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - H 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>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>materialelor sanitare necesare CNAS dispune de un fond separat de cel al medicinei primare și încheie contract distinct cu furnizorii de medicamente și materiale sanitare. Prin urmare sub nicio formă nu se poate impune medicului de familie să finanțeze din bugetul propriu aceste nevoi, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală.</p>
<p>ANEXA 2 MODALITĂȚILE DE PLATĂ 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 beneficiare</p>		

<p>ale pachetelor de servicii 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, 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 beneficiare ale pachetelor de servicii 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 beneficiare ale pachetelor de servicii se stabilește astfel:</p> <p>1. numărul de puncte, acordat pe o persoană înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei înscrise:</p> <table border="1" data-bbox="86 971 569 1105"> <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> <p>NOTA 1*): Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se 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 este majorat cu 5% față de punctajul acordat grupei în care se încadrează.</p> <p>În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat</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		
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>sau dat în plasament și de persoană instituționalizată; 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>2. la calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente; În situația contractelor nou încheiate pentru care nu a existat o continuitate în derularea relației contractuale, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.</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 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. 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.</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 beneficiare ale pachetelor de servicii 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 minimumului de consultații la domiciliu necesare, conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. H din cap. III din anexa</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 beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi la 40 ore pe saptamana pentru medicii care au între 2200 si 3000 inscrisi si de 45 ore pe saptamana pentru medicii care au peste 3001 inscrisi pe liste sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la</p>	

<p>nr. 1 la ordin. În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane 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>alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultații la domiciliu necesare, conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. H din cap. III din anexa nr. 1 la ordin. În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.201 și 3.000 de persoane înscrise, programul se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.001 programul se majorează cu 2 ore.</p>	
<p>6. În situația în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează: 6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de înscriși pe listă, astfel: 2.200 Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x ----- Număr persoane înscrise</p>	<p>6, 6.1 – se elimina</p>	<p>6. în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 19.000 de puncte/an și numărul de asigurați înscriși pe lista medicului de familie este mai mare de 2.200, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 19.001-26.000; - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 26.001- 29.000; - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 29.001 – 34.000; - cu 100%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 34.000. <p>Reducerea numărului de puncte "per capita" potrivit prevederilor de mai sus nu se aplică în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pentru cabinetele medicale cărora li se aplică majorări ale punctelor "per capita", stabilite potrivit criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, aprobate prin ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; - pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au un medic angajat cu contract individual de muncă.
<p>6.2 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează: 2.200</p>	<p>6.2 – se elimina</p>	

<p>Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x ----- Număr persoane înscrise la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel: (număr înscriși - 2.200) Nr. puncte de = număr de puncte x ----- x 0,5 decontat realizate Număr persoane înscrise</p>		
<p>6.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează: 2.200 Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x ----- ----- Număr persoane înscrise la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel: (4.000 - 2.200) Nr. puncte de = număr de puncte x ----- x 0,5 decontat realizate Număr persoane înscrise</p>	<p>6.3 – se elimina</p>	
<p>6.4 În situația în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială / zonă cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-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, numărul total de puncte se calculează după cum urmează: 2.200 Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x ----- ----- Număr persoane înscrise la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel: (număr înscriși - 2.200) Nr. puncte de = număr de puncte x ----- x 0,5 decontat realizate Număr persoane înscrise</p>	<p>Se elimina</p>	
<p>b) Medicii nou-veniți într-o localitate, într-o 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, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din</p>		

<p>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, privind numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii, înscrisi 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 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, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii 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, 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 beneficiare ale pachetelor de servicii medicale. 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). Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale</p>		

<p>de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr1389/2010, venitul se stabilește conform lit. a).</p>		
<p>d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se 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 ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.</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 sa depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional. În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între</p>		

<p>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 angajat.</p>		
<p>e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A, B, D, E, F, cap. II lit. A, cap. III lit. C, D, E, G și J din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".</p>	<p>e) Serviciile cuprinse la cap. I, cap. II lit. A, cap. III lit. A, B, F, G, L și M din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".</p>	<p>Urgente medico-chirurgicale, supraveghere, servicii promovare sanatate, servicii preventie, activitati de suport si servicii planning familial – in plata per capita.</p>
<p>(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.</p> <p>a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultație la domiciliu - 15 puncte; - consultație la cabinet - 5,65 puncte. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>c) Serviciile cuprinse la cap. I lit. C, cap. II lit. B și cap. III lit. B, F și H, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical .</p> <p>d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. b) se recalculează în funcție de gradul profesional; valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist.</p> <p>Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de</p>	<p>(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.</p> <p>a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultație la domiciliu - 15 puncte; - consultație la cabinet, - depistare TBC si supraveghere TSS – 4,5 puncte. - depistare neo confirmata -4,5 pct - depistare BTS confirmata – 4,5 pct - vaccinare - 2 puncte <p>b) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - timpul mediu/consultație este de 15 minute - un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet de 6 ore pentru un medic cu 2201-3000 inscriși si de 7 ore pentru un medic cu peste 3001 inscriși, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5; <p>Serviciile privind TBC, vaccinari etc, vin peste cele 20/24/28 de consultatii)</p> <ul style="list-style-type: none"> - în medie, o consultație la domiciliu/zi cu 15 puncte a 2 lei/punct <p>c) Serviciile cuprinse la cap. II lit. B și cap. III lit. C, D, E, H, I, J, K, N din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe</p>	<p>15 puncte pentru valoare punct per serviciu 2 lei 4,5 puncte pentru valoare punct per serviciu 2 lei 2 puncte pentru un vaccin si pentru valoare punct per serviciu 2 lei</p> <p>Monitorizarea sarcinii si lauziei, examene de bilant sugari, imunizari, servicii medicale curative, monitorizare cronici, consultatii la domiciliu, servicii paraclinice, descoperire si supraveghere TBC.</p>

<p>specialitate se diminuează cu 10%. Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care sa 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 "pe serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.</p> <p>Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul „pe serviciu ” gradul profesional al medicului angajat.</p>	<p>serviciu medical .</p> <p>d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. b) se recalculează în funcție de gradul profesional; valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist.</p> <p>Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. b) 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 sa 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 "pe serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.</p> <p>Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul „pe serviciu ” gradul profesional al medicului angajat.</p>	
<p>ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:</p> <p>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 10 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 sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără</p>	<p>ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:</p> <p>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 10 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 sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără</p>	

<p>contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;</p> <p>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;</p> <p>c) 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.</p> <p>d) 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 individuale imunizările 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.</p> <p>e) furnizorii 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 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.</p>	<p>contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;</p> <p>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;</p> <p>c) 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.</p> <p>d) 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 individuale imunizările 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.</p> <p>d) furnizorii 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 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.</p>	<p>Fisa este suficienta, birocratia trebuie redusa.</p> <p>Medicina scolara este o ramura distincta a medicinei. CAS incheie contract de furnizare de servicii de medicina primara cu medicii de familie, iar serviciile cit si per capita se deconteaza strict dupa persoanele inscrise pe lista medicului de familie. Acolo unde nu este medic scolar , conform legislatiei in vigoare primariile locale pot incheia contracte pt. servicii de medicina scolara cu un medic de familie. In forma actuala lit. d, are caracter anticonstitutional, munca fortata este interzisa si in Romania. Iar aceea desemnare de catre DSP este de fapt impunerea muncii fortate, dar totodata si depasirea atributiilor legale ale DSP, avind in vedere faptul ca primariile locale sunt autorizate sa incheie contracte pt. medicina scolara, iar fondurile pt. plata acestor servicii vor fi asigurate de catre MS. DSP poate sa impuna primariilor locale sa incheie acele contracte pt. medicina scolara.</p> <p>Drepturile asiguratului trebuie respectate si in afara orelor de program, chiar daca este o consultatie la cerere ..</p>
---	--	--

<p>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 aflați în evidența acestora, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.</p> <p>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.</p> <p>(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehzuzie, 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, 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</p>	<p>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 Colegiului Medicilor. 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 aflați în evidența acestora, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.</p> <p>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.</p> <p>(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehzuzie, 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, 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, cursuri EMC.</p> <p>Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din</p>	

<p>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 beneficiare ale pachetelor de servicii din lista proprie și cei 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 pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.</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>(5) Suma convenită prin plata "per capita" și pe serviciu 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>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 beneficiare ale pachetelor de servicii din lista proprie și cei 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 pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.</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>(5) Suma convenită prin plata "per capita" și pe serviciu 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>Este un abuz solicitarea condițiilor de plata. Modalitatea de plata este confidențială, cabinetul individual nefiind institutie publică.</p>
--	--	---

<p>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.</p> <p>(2) Convenția de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor agreat 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>(4) 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 stampila cabinetului medical al medicului înlocuit.</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 beneficiare ale pachetelor de servicii propriie 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 stampila 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/medici angajat / angajați, programul de lucru al medicului/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent dar distinct, dacă structura organizatorică a cabinetului medical permite acest lucru. 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</p>		

<p>programului de activitate declarat pentru medicul angajat.</p>		
<p>ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate, unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) 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 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>(3) 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, 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 prevăzute la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 (oras, comuna) într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din</p>	<p>(3) 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 anul 2011 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 prevăzute la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 (oras, comuna) într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din</p>	<p>Contract si norme 2011.</p>

<p>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, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.</p>	<p>Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2011 și anul 2012 are următoarea structură: 1. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2; 2. Venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nouveniți într-o localitate, unitate administrativ-teritorială / zonă (oraș, comuna), 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: 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; 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, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.</p>	<p>ART. 7 Pentru stabilirea valorii unui punct „per capita” și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2011 are următoarea structură: 1. 70% pentru plata "per capita" și 30% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;</p>	<p>In conditiile actuale acest procent garanteaza o stabilitate financiara minima cabinetelor de medicina primara si o garantie ca sistemul de medicina primara nu se prabuseste.</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 2,65 lei, calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. (2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, este valabilă pe</p>	<p>ART. 9 (1) varianta 1. Valoarea minimă garantată punctului "per capita", este unică pe țară, și este în valoare de 3,5 lei, și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. Aceasta este varianta pt 50/50% ca raport percapita/perserviciu.</p>	<p>Aceasta valoare este garantul minim pentru echilibrarea bugetului unui cabinet de medicina de familie, garantul minim ca nu intra in faliment. Este suma minima care asigura echilibrul bugetului unui cabinet de medicina de familie, fara riscul ca fila bugetara de cheltuieli sa depaseasca fila bugetara de</p>

<p>perioada de valabilitate a contractului și este în valoare 1,3 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. 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</p> <p>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>Varianta 2, Valoarea minim garantata a punctului “per capita” este unica pe tara si are valoarea de 4,6 lei Aceasta este pentru 70/30 ca raport percapita perserviciu</p> <p>(2)Varianta 1. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, este valabilă pe perioada de valabilitate a contractului și este în valoare 2 lei.(pentru raport 50/50 percapita /perserviciu)</p> <p>Varianta 2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, este valabilă pe perioada de valabilitate a contractului și este în valoare 1,1 lei (pentru raport de 70/30 percapita/perserviciu)</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. 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</p> <p>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>(4) Pentru trimestrul 4, valorile punctelor percapita si perserviciu se stabilesc in functie de colectarea sumelor pentru FNUASS, dar nu vor putea fi mai mici decat valorile punctelor percapita, respective perserviciu pentru trimestrul 3 al anului 2011.</p>	<p>venit .</p>
<p>ART. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se</p>		

<p>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 pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.</p> <p>(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 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 cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.</p>		
<p>ART. 12 Persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 A, 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 asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul 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 asiguratul păstrează o copie conform cu originalul a fișei medicală a acestuia, conform legii.</p>		
<p>ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite 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,</p>		

<p>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.</p> <p>(3) 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 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>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 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>Medicul de familie se afla in relatie contractuală cu CAS si nu este angajatul CAS. Prin urmare medicul de familie are obligatia sa respecte contractul semnat si nu hotaririle luate la o sedinta.</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, 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. 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</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 anul 2011 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată din motive imputabile furnizorului, de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.</p>	

<p>medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.</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 beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nouveniți 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. Numărul de investigații paraclinice contractat este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractată. 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. 16 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), 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 beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nouveniți 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. Numărul de investigații paraclinice contractat este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractată. 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>In ambulatoriu aceste examene se fac in timpul acordat consultatie.</p>
<p>Art. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent 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</p>		

<p>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>		
<p>ANEXA 2 A CERERE DE TRANSFER - model - Nr. înregistrare VIZAT*), _____/_____ Unitatea sanitară..... CUI..... Sediu (localitate, str., nr.) Casa de Asigurări..... Nr. contract / convenție..... Medic de familie..... (semnătură și parafă) Domnule / Doamnă Doctor, Subsemnatul (a) _____, cetățenie _____, C.N.P. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , data nașterii _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud./sector _____, 16 act de identitate _____, seria _____, nr _____, eliberat de _____, la data _____, telefon _____ solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie _____ din unitatea sanitară _____ str _____ nr: _____ jud./ sector _____ Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere. Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa</p>		

<p>numai de către persoanele asigurate).</p> <p>Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.</p> <p>Data: / / Semnătura: Domnului/Doamnei Doctor</p> <hr/> <p>*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.</p>		
<p>ANEXA 2 B</p> <p>Furnizor de servicii medicale</p> <p>Sediul social/Adresa fiscală</p> <p>DECLARAȚIE</p> <p>Subsemnatul*1 (a) legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2</p> <p>Subsemnatul*3 (a) legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele</p>		

<p>proprii existente la data de*4 , pentru următorii medici de familie: NOTĂ: *1 Pentru cabinetele medicale individuale 17 *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, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare - cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie Data Reprezentant legal (semnătura și ștampila</p>		
<p>ANEXA 3 - model - CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară</p>		
<p>I. Părțile contractante Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general, și 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</p>		

<p>- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul</p> <p>- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin,</p> <p>- 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</p> <p>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,</p>		
<p>II. Obiectul contractului</p> <p>ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-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 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.</p>	<p>II. Obiectul contractului</p> <p>ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.</p>	
<p>III. Servicii medicale furnizate</p> <p>ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.</p>		
<p>ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru</p>		

<p>persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții 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, 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:</p> <p>1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;</p> <p>2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;</p> <p>3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;</p>		
<p>IV. Durata contractului</p> <p>ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.</p> <p>ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-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.</p>	<p>IV. Durata contractului</p> <p>ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.</p> <p>ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.</p>	
<p>V. Obligațiile părților</p>		

<p>A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate</p> <p>ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:</p> <p>a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică 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 fiecăruia 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;</p> <p>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 conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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;</p> <p>c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și 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 casei de asigurări de sănătate;</p> <p>d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-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, 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;</p> <p>e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în</p>	<p>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 conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, cu penalități de 0,2% pentru fiecare zi de întârziere aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;</p> <p>d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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;</p>	<p>Art 292, alin 1, lit b) din Legea 95/2006 - <i>să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate și prestate asiguraților, la termenele prevăzute în contractul-cadru, în caz contrar urmând să suporte penalitățile prevăzute în contract.</i></p>
---	---	--

zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. 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 casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 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 confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu rezultată 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 acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a 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; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității

Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

j) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) 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 și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

m) 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 în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

<p>sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010;</p> <p>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;</p> <p>o) să aducă la cunoștința 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;</p> <p>p) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.</p>		
<p>B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale</p> <p>ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:</p> <p>1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;</p> <p>2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;</p> <p>3. 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-născutul 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;</p> <p>4. 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;</p> <p>5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali;</p> <p>6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;</p> <p>7. să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data</p>	<p>3. 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-născutul 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 și dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p> <p>4. 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 numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p> <p>5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p>	<p>CAS penalizeaza in cazul in care numarul celor inscrși pe lista unui medic este mai mare de 2200, astfel peste acest numar medicului de familie nu i se mai plateste per capita iar numarul serviciilor este tot limitat. Este ilegal sa se impuna unui medic sa asigure asistenta medicala fara sa i se plateasca aceste servicii, intra sub incidenta muncii fortate.</p>

înscriserii pe lista 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 cererii de transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010;

8. 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;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și 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 aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina 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. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării

<p>asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010.</p> <p>Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;</p> <p>10. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără 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;</p> <p>11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>12. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;</p> <p>13. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;</p> <p>14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane,</p>	<p>12. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical, prin afișarea materialelor informative furnizate fără costuri suplimentare de casa de asigurări de sănătate;</p>	<p>Nu poate fi transferată în sarcina și pe cheltuiala furnizorilor obligația asiguratorului de a informa asigurații.</p>
---	--	---

<p>pentru pacienții 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, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;</p> <p>15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;</p> <p>16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>17. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;</p> <p>18. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;</p> <p>b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;</p> <p>19. 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 calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste</p>	<p>16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, furnizate fara costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate;</p> <p>18 b) se elimina</p> <p>... în maximum 10 zile calendaristice ...</p>	<p>Formularele cu regim special servesc exclusiv casei de asigurări, pentru urmărirea și decontarea serviciilor furnizate. Costurile formularelor nu pot fi transferate furnizorilor.</p> <p>DSP poate solicita programul de lucru de la CJAS. Este o birocratie inutila pentru furnizor. Programul de lucru se poate afisa si pe siteul CAS, pentru informarea asiguratilor si a celor interesati.</p> <p>10 zile este si termenul in care CJAS anunta furnizorul despre rezultatele controlului. (art 7 (5) Contract-Cadru)</p>
--	--	--

<p>condiții pe durata derulării contractului;</p> <p>20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>21. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;</p> <p>22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;</p> <p>23. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugariilor;</p> <p>24. 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;</p> <p>25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-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;</p> <p>26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;</p> <p>27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;</p> <p>28. să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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 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, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele</p>	<p>24. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru și materialele informative furnizate fără costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate care conțin 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;</p> <p>25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;</p> <p>26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, disponibile pentru consultare în forma actualizată la adresa www.cnas.ro/protocoale, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform dispozițiilor legale;</p> <p>27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune funcționa în parametri optimi și va exista infrastructura necesară, asigurată de instituțiile abilitate ale statului;</p>	<p>Cum se va respecta obligatia in conditiile bugetului de medicamente ?</p> <p>Nu poate fi transferată în sarcina și pe cheltuiala furnizorilor obligația asiguratorului de a informa asigurații.</p> <p>Accesul la protocoale este deosebit de greu, necesitând abonament la Monitorul Oficial și urmărirea întregii legislații. Fiind o obligație contractuală și fiind elaborate de CNAS, trebuie să existe acces facil la ele, pe siteul CNAS. Un motor de căutare după DCI, denumire comercială, diagnostic și prescriptori este deosebit de necesar, simpla afișarea a actelor normative de aprobare fiind inutilă.</p> <p>Nu este suficient ca SIUI sa fie pus in functiune, trebuie sa si functioneze in parametri optimi si pentru utilizarea in timp real sa existe internet de banda larga, conform solicitarii ordinului comun MS-CNAS in toate localitatile unde isi desfasoara activitatea furnizorii.</p> <p>varianta: daca in localitatea unde are sediul furnizorul exista internet cu banda larga. Furnizorul va raporta si lunar, pentru a acoperi problemele</p>
--	--	---

<p>documente internaționale;</p> <p>29. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;</p> <p>30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;</p> <p>31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;</p> <p>32. să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze 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 i se adreseze;</p> <p>33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații 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 asigurari de sanatate;</p> <p>34. 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, prescripție medicală, 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 aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost</p>	<p>31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, in masura respectarii obligatiilor ce revin DSP si CNAS;</p> <p>33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorii de servicii medicale au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurari de sanatate, deoarece pacientul isi pastreaza calitatea de asigurat;</p> <p>34. 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, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. In cazul constatarii unei greseli de dactilografiere formularele vor putea fi corectate prin emiterea unui duplicat. In cazul unor erori de completare care respecta insa aspectul medical si legislatia in vigoare, formularele vor putea fi corectate prin eliberarea unui duplicat. Nerespectarea cu buna stiinta a acestei obligatii, prin incalcarea obligatiilor privind</p>	<p>generate de intreruperi ale providerului de internet, disfunctionalitati in alimentarea cu energie electrica sau de functionare a sistemului de raportare in timp real. Plata abonamentelor si a tuturor materialelor necesare implementarii programului este acoperita din fonduri distincte de catre Ministerul Sanatatii.</p> <p>Exista discontinuitati in furnizarea vaccinurilor de catre DSP. Un exemplu este PPD care nu se mai furnizeaza de DSP de mai multi ani dar apare in continuare in pachetul de servicii la imunizari.</p> <p>Ca si obligatia coplatii, solicitarea de servicii medicale fara programare (contra cost) de catre un asigurat nu duce la pierderea calitatii de asigurat.</p> <p>CAS are obligatia sa apere drepturile asiguratilor, iar dreptul asiguratului la medicatie compensata si bilete de trimitere in acest caz este afectat.</p>
---	---	--

<p>efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.</p> <p>35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare – lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.</p> <p>36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicia 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.</p> <p>37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.</p> <p>38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul.</p> <p>40. sa informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, in condițiile legii;</p> <p>41. să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sănătății</p> <p>42. să informeze părinții asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului national de</p>	<p>completarea acestor documente, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără 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.</p> <p>38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>40. sa informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa, la prima prezentare la cabinet, cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, in condițiile legii;</p> <p>41. să efectueze și să raporteze utilizând SIUI vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății. Alte instituții ale statului care necesită situația vaccinărilor vor solicita</p>	<p>O greșeala de completare sau tiparirea mai sus sau mai jos a unui formular nu duce la pierderea calitatii de asigurat, in consecinta nu se poate imputa un serviciu acordat de drept unui pacient. Formularea este ambigua si da nastere la interpretari nocive.</p> <p>Contravine legii 95/2006 privind exercitarea profesiei de medic si privind obligatiile CAS referitor la gestionarea fondurilor si codului deontologic al CMR.</p> <p>Informarea asiguratilor privind drepturile si obligatiile intra si in sarcina CNAS.</p> <p>Raportarea vaccinarilor se va face doar în SIUI. In prezent exista un program pilot in Calarasi si Maramures de raportare electronica a vaccinarilor</p>
---	--	---

<p>imunizare al Ministerului Sanatatii; in cazul in care medicul recomanda parintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decat cel asigurat in cadrul Programului national de imunizari, acesta are obligatia de a solicita consimtamantul informat al parintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;</p> <p>43. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publica</p> <p>44. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;</p>	<p>datele de la CNAS;</p> <p>42. să informeze părinții asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sanatatii; in cazul in care medicul recomanda parintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decat cel asigurat in cadrul Programului national de imunizari, acesta are obligatia de a solicita consimtamantul informat al parintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;</p> <p>43. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publica in baza unor contracte distincte de furnizari servicii cu finantare de la Bugetul de stat.</p>	<p>pentru Registrul Electronic National de Vaccinare, cu un alt soft. Softul nu este compatibil SIUI, desi reprezentatii MF au cerut acest lucru in comisia de lucru pentru RENV, si necesita introducerea multor date, inclusiv toate vaccinarile din ultimii 7-9 ani !</p> <p>Medicul informeaza pacientul despre riscurile si beneficiile tratamentului administrat. Solicitarea consimtamantului informat pentru un tratament nu poate fi o obligatie a contractului cu casa de asigurari.</p>
<p>VI. Modalități de plată</p> <p>ART. 8 Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:</p> <p>1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată</p> <p>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. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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.</p> <p>1.2. Medic nou-venit în localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, 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: DA/NU</p> <p>1.3. Medic nou-venit în localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind</p>		

condițiile acordării asistenței

25

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată 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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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: de la până la

1.4. Valoarea punctului "per capita", unică pe țară, este în valoare de și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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, se ajustează în raport:

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

*) 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

b) cu gradul profesional:

- medic primar%

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

2). În situația în care numărul de persoane beneficiare ale
pachetelor de servicii

înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata
per capita se realizează după
cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de
persoane din listă și
structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul
dintre 2.200 și numărul de înscriși
pe listă, astfel:

2200

Nr. puncte per = număr de x -----

capita de decontat puncte realizate Număr persoane
înscrise

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat
unul sau mai mulți medici, în
condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă este
mai mic sau egal cu 4.000,

numărul total de puncte se calculează după cum urmează:
2200

Nr. puncte per = număr de x -----

capita de decontat puncte realizate Număr persoane
înscrise

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se
calculează astfel:

(număr înscriși - 2.200)

Nr. puncte per = număr de x ----- x 0,5

capita de decontat puncte realizate Număr persoane
înscrise

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat
unul sau mai mulți medici, în
condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă
depășește 4.000, numărul total de
puncte se calculează după cum urmează:

2200

Nr. puncte per = număr de x -----

capita de decontat puncte realizate Număr persoane
înscrise

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se

<p>calculează astfel: (4.000 - 2.200) Nr. puncte per = număr de x ----- x 0,5 capita de decontat puncte realizate Număr persoane înscrise</p> <p>d) În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/ unitate administrativteritorială, cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-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, numărul total de puncte se calculează după cum urmează: 2200 Nr. puncte per = număr de x ----- capita de decontat puncte realizate Număr persoane înscrise la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel: (număr înscriși - 2.200) Nr. puncte per = număr de x ----- x 0,5 capita de decontat puncte realizate Număr persoane înscrise</p>		
<p>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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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:</p> <p>2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate 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. pentru aprobarea</p>		

Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară, este valabilă pe toată perioada de valabilitate a contractului și este în valoare delei;

2.3. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (3) lit. b) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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, se recalculează în funcție de gradul profesional:

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

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 Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă al medicului

Program de lucru

Medic de familie angajat*)

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă al medicului

Program de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

<p>Nume Prenume</p> <p>Cod numeric personal</p> <p>2.</p> <p>b) Medic de familie</p> <p>Nume Prenume</p> <p>Cod numeric personal</p> <p>Grad profesional</p> <p>Codul de parafă al medicului</p> <p>Program de lucru</p> <p>Medic de familie angajat*)</p> <p>Nume Prenume</p> <p>Cod numeric personal</p> <p>Grad profesional</p> <p>Codul de parafă al medicului</p> <p>Program de lucru</p> <p>-----</p> <p>*) În cazul cabinetelor medicale individuale.</p> <p>1. Asistent medical</p> <p>Nume Prenume</p> <p>Cod numeric personal</p> <p>2.</p> <p>c)</p>		
<p>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, la valoarea 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 lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de</p> <p>Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.</p> <p>(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 pe serviciu medical.</p> <p>(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul</p>	<p>(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea nejustificata programului de lucru</p>	<p>Absenta poate fi justificata de urgente, deplasari pentru raportare, caz de boala, imposibilitatea de a</p>

<p>contract, 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, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau 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 pct. 9, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu 10%; b) la a doua constatare, cu 20%; c) la a treia constatare, cu 30%.</p> <p>(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 37 se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu 10%; b) la a doua constatare, cu 20%; c) la a treia constatare, cu 30%.</p> <p>(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 10, 11, 13, 19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39 și 41, 42 și 43, precum și că în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.</p> <p>(6) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) și (5) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de</p>	<p>prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri nejustificate 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, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea nejustificata de prescripții medicale pentru medicamente cu sau 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 pct. 9, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu avertisment; b) la a doua constatare, cu 5%; c) la a treia constatare, cu 10%</p> <p>(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 37 se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu avertisment; b) la a doua constatare, cu 5%; c) la a treia constatare, cu 10%</p> <p>(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 10, 11, 13, 19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39 și 41, 42 și 43, precum și că în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.</p> <p>(6) Se elimina</p>	<p>ajunge la locul de munca (viscol, calamitati);</p> <p>Inca nu a fost sanctionat nici un medic din ambulator sau spital pentru nefinalizarea actului medical prin prescriptie sau investigatii.</p> <p>Nivelul sanctiunilor e prea mare si va duce la scaderea capacitatii cabinetului de a functiona. Comaniile nationale Statul le aplica o amenda de cel mult 10%. Astfel este discriminatorie aplicarea unui nivel de amenda la propriile sale unitati si un nivel de amenda de trei ori mai mare la unitati care nu sunt in proprietatea lor.</p> <p>Propunere – sanctiunea sa se refere la venitul net al medicului, imposabil. CAS are aceasta posibilitate, pentru ca ia in calcul declaratiile medicilor pentru sanatate. In acest fel sanctiunea atinge exclusiv venitul medicului si nu al cabinetului.</p> <p><i>Aceste prevederi legale creează posibilitatea ca în mod arbitrar, casa de asigurări de sănătate să nu își execute obligațiile contractuale de decontare a serviciilor medicale, pentru care nu există litigii, fără a exista o hotărâre judecătorească definitivă și irevocabilă care să constate existența unei obligații de plată a furnizorului și intervenția compensației între sumele datorate.</i></p> <p><i>În condițiile în care nu există un titlu de creanță împotriva furnizorului, ci numai poziția casei de asigurări care pretinde că are de recuperat sume de bani de la furnizor, suspendarea decontării serviciilor medicale afectează activitatea medicului de familie și mai mult, dispozițiile menționate nu fac distincție între litigiile declanșate de către casa de asigurări împotriva furnizorilor și între cele declanșate de către furnizori împotriva casei de asigurări</i></p> <p>- Motivarea instantei CoCa 2010</p>
---	---	---

<p>asigurări de sănătate. (7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) și (5) se face prin plata 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. (3), (4) și (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare. (9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), (4) și (5) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.</p>		
<p>VII. Calitatea serviciilor ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. VIII. Răspunderea contractuală ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese. IX. Clauză specială ART. 12 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată 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 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 începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen. 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.</p>	<p>ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese. ART. 12 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată 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, internare spital, concediul de odihna anterior anuntat. 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 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 începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen. 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.</p>	<p>Penalizari pentru neplata la timp a veniturilor cabinetului conform legislației contractelor civile in vigoare</p>
<p>X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului ART. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale se</p>		

<p>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, ca urmare a constatării următoarelor situații:</p> <p>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;</p> <p>b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;</p> <p>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 / acestuia;</p> <p>d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, 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;</p> <p>f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 10, 11, 13, 19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39, 41, 42 și 43 precum și a faptului că serviciile raportate conform prezentului contract în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;</p> <p>g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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 la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;</p> <p>h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 6, 12, 15, 16, 17, 18.a), 20, 22, 23, 24, 27 și 32;</p> <p>i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 7 și 30 din prezentul contract;</p> <p>j) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în</p>	<p>e) se elimina</p> <p>f) la a patra constatare</p> <p>g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului titular sau angajat 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 la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;</p> <p>i) se elimina</p>	<p>Nedepunerea la termen a facturii poate atrage după sine doar neplata contravalorii facturii la termenul stabilit în contract.</p> <p>La primele trei constatari se aplica cele 3 nivele de penalizari si doar la a patra constatare sa se aplice rezilierea.</p> <p>CNAS nefiind parte semnatară a contractului de munca dintre furnizor și medicii angajați nu poate exclude un medic angajat din structura unei unități sanitare. Nerespectarea programului de către medicul angajat va fi sancționată de conducătorul unității medicale conform legii.</p> <p>Casa contractează cu o unitate sanitară (CMI, SRL) nu cu medicul titular. Se poate reformula în sensul că va rezila contractului cu unitatea sanitară respective (CMI, SRL) cu condiția de a garanta continuarea asistenței medicale pentru pacienții din lista respectivă din momentul rezilierii contractului. Prin rezilierea contractului unui medic pacienții din lista respectivă rămân neasistați până ce își găsesc un alt medic pe lista caruia să se mute.</p>
--	---	--

<p>cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin. (3) și (4) pentru fiecare situație, precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 9 alin. (5);</p> <p>k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora .</p>	<p>k) refuzul furnizorului nejustificat de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora .</p>	<p>i) - Dupa 6 luni, daca pacientul este inscris de alt medic, este sters automat de SIUI de pe lista medicului vechi. Pacientului nu ii poate fi refuzat transferul. Medicul vechi poate sa nu transfere fisa, si daca exista dovada de la Posta ca medicul nou a cerut-o, medicul vechi ar putea sa primeasca avertisment, apoi 5% etc... Sanctionarea furnizorului prin rezilierea contractului pentru cele doua clauze e mult prea drastica.</p>
<p>ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:</p> <p>a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:</p> <p>a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativteritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;</p> <p>a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;</p> <p>a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;</p> <p>a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;</p> <p>a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.</p> <p>b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.</p> <p>c) acordul de voință al părților;</p> <p>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.</p>	<p>a1) Se elimina</p> <p>b) din motive imputabile furnizorului, constatate si aprobate de Comisia de Arbitraj sau instanță, prin reziliere</p>	<p>a1) <i>prevederile din Contractul-cadru, care instituie obligativitatea medicului de familie de a încheia un singur contract cu furnizorul de servicii medicale și de a se regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate, conduc la restrângerea activității medicului de familie, care va fi obligat astfel să își restrângă activitatea numai la veniturile obținute de la o singură casă de asigurări și de la o singură categorie de asigurați.</i></p> <p><i>Pe de altă parte, prin modul de redactare, aceste dispoziții fac diferențiere între medicii de familie și furnizorii de servicii medicale, deși în sensul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, și medicii de familie fac parte din categoria furnizorilor.</i></p> <p>- motivarea instantei CoCa 2010</p>

<p>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 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>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 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 de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, pentru situațiile în care se justifică această decizie.</p> <p>(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, 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.</p> <p>(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/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.</p> <p>(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (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 încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.</p>	<p>e) se elimina</p> <p>f) se elimina</p> <p>(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile (2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor constatate și aprobate de Comisia de Arbitraj sau instanță, 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.</p> <p>(3) Se elimina – Nelegal conform motivării instanței CoCa 2010</p> <p>(4) Se elimina – Nelegal conform motivării instanței CoCa 2010</p>	<p>nelegal.</p> <p>f) nelegal - motivarea instanței CoCa 2010: <i>Această reglementare afectează drepturile și interesele legitime ale medicului de familie, având în vedere că opțiunea de înscriere pe o listă sau alta aparține exclusiv pacientului, fiind încălcat și dreptul acestuia de a-și alege medicul de familie care să îl trateze. Totodată, prevederea menționată este în contradicție cu dispozițiile art. 32 din Contractul-cadru, conform cărora furnizorii de servicii sunt obligați să înscrie pe listele lor anumite categorii de persoane, fără ca această prevedere să fie corelată cu cea care stabilește numărul maxim de pacienți.-</i></p>
--	--	---

<p>(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.</p>	<p>(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.</p>	
<p>ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a) 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;</p> <p>b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;</p> <p>c) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata despre 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 aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurari de sanatate si care se află în această situație.</p> <p>d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, și nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 8, 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;</p> <p>e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau 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</p>	<p>e) se elimina</p>	<p>Este un abuz ,datorita faptului ca pentru aceeasi fapta nu se pot aplica doua penalitati. Pentru neplata la timp la Fond, legea prevede perceperea unei penalitati de intirziere la suma datorata. Iar suspendarea contractului pt. intirzierea platii este o a doua penalitate pt. aceeasi fapta, ceea ce este ilegal</p>

<p>plată către furnizor;</p>		
<p>ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.</p>		
<p>XI. Corespondența ART. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.</p>		
<p>XII. Modificarea contractului ART. 18 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător. ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți. ART. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului. ART. 21 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 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.</p>		
<p>XIII. Soluționarea litigiilor ART. 22 (1) Litigiile legate de încheiere, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă. (2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de</p>		

<p>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.</p>		
<p>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 contractantă. CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Președinte - director general, Reprezentant legal, Director executiv al Direcției economice, Director executiv al Direcției relații contractuale, Vizat Juridic, Contencios</p>		
<p>ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate: - cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, - cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, - cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la</p>	<p>- certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform <u>Ordonanței Guvernului nr. 124/1998</u> privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, iar pentru ceilalți furnizori actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze, după caz;</p>	

<p>furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functioneaza sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dovada de evaluare a unitatii sanitare nr., - dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr., - dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare, - cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr., - certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, - autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, - certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului, - copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, - copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, - copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar, - programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar; - lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent - declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor inscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B din Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru 	<p>–declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor inscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B din Normele metodologice de aplicare a Contractuluicadru</p>	<p>CAS valideaza lista medicilor de familie, CAS are conventie cu evidenta populatiei referitor la furnizarea datelor personale ale cetatenilor catre CAS. Este un abuz impunerea medicului sa semneze o astfel de declaratie pe propria raspundere, avind in vedere faptul ca datele personale ale cetatenilor sunt in permanenta schimbare, schimbare care se contabilizeaza la evidenta populatiei si nu la medicul de familie. Pacientii isi schimba numele, dupa casatorie, divort, infiere, isi schimba domiciliul, iar despre aceste schimbari medicul de familie afla doar atunci cind persoana respectiva se prezinta la medic,</p>
---	--	--

<p>privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 - lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului. Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.</p>	<p>privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010</p>	<p>cea ce poate fi peste citeva luni sau chiar ani dupa schimbarea datelor personale. Insa evidenta populatiei este la zi cu acele schimbari, iar pe baza conventiei dintre CAS si evidenta populatiei doar CAS are posibilitatea sa preia acele schimbari in timp util si nu medicul de familie.</p> <p>NELEGALA</p>
<p>ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.</p>		
<p>ANEXA 4 - model - Vizat Casa de Asigurări de Sănătate CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*) (anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.) între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor I. Părțile 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 asistența 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 fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal</p>		

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)
și
Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)
Codul de parafă
Codul numeric personal
cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.
.....

II. Obiectul convenției:

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

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de
sănătate odată cu
înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării
contractului și se actualizează,
după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două
luni/an

2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile
lucrătoare/an

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de
maximum două luni/an

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese
sau numite, în limita a două
luni/an

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al
medicului înlocuit)
.....

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în
contractul încheiat între medicul
de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.
În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează
parafa proprie, registrul de
consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea,
formularele cu regim special ale
medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila
cabinetului medical al medicului

<p>înlocuit.</p> <p>VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor</p> <p>1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.</p> <p>2. Termenul de plată</p> <p>3. Documentul de plată</p> <p>VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare. Reprezentantul legal al cabinetului medical, Medicul înlocuitor</p> <p>*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.</p>	<p>VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor</p> <p>1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.</p> <p>2. Termenul de plată</p> <p>3. Documentul de plată</p>	<p>Este un amestec in managementul cabinetului din partea CAS. CAS are dreptul sa solicite conventia de inlocuire, semnata de un medic de familie, astfel sa se asigure de continuitatea asistentei medicale primare ale asiguratilor de pe lista medicului care va absenta.Plata medicului inlocuitor , intelegerea dintre cei doi medici referitor la modul de plata o priveste doar pe cele doua persoane nu si pe CAS, este o intelegere confidentiala.</p>
<p>ANEXA 5 - model - CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*) (anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.) între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor</p> <p>I. Părțile convenției de înlocuire:</p> <p>Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon: fix, mobil adresa de e-mail fax, reprezentată prin președinte - director general</p> <p>pentru Medicul înlocuit</p> <p>(numele și prenumele) din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu</p>		

Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr.
deschis la Trezoreria Statului
sau cont nr. deschis la Banca, cod de
identificare fiscală - cod unic de
înregistrare

....., al cărui reprezentant legal este:

.....,

(numele și prenumele)

având codul numeric personal nr.

și

Medic înlocuitor,

(numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie 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 lehozie

3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă
de până la 2 ani

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese
sau numite, care depășește

două luni/an

5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt
trimis în misiune permanentă

în străinătate sau să lucreze într-o organizație

internațională în străinătate

6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină 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)

<p>.....</p> <p>Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.</p> <p>V. Obligațiile medicului înlocuitor</p> <p>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.</p> <p>În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.</p> <p>VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor</p> <p>36</p> <p>1. Veniturile "per capita" și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca</p> <p>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.</p> <p>3. Termenul de plată</p> <p>4. Documentul de plată</p> <p>VII. Prezentă 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.</p> <p>CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Medicul înlocuitor, Președinte - director general,</p> <p>.....</p> <p>Director executiv al Direcției economice De acord, Reprezentant legal al</p>		
--	--	--

<p>cabinetului medical**)</p> <p>Director executiv al Direcției relații contractuale,</p> <p>Vizat Juridic, Contencios -----</p> <p>*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.</p> <p>**) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.</p>		
<p>ANEXA 6 CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară</p> <p>I. Părțile contractante</p> <p>Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general, și Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată 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,</p> <p>II. Obiectul convenției</p> <p>ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-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 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.</p> <p>III. Servicii medicale furnizate</p> <p>ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al</p>		

<p>președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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.</p> <p>IV. Durata convenției</p> <p>ART. 3 Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.</p> <p>V. Obligațiile părților</p> <p>A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate</p> <p>ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:</p> <p>a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia 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;</p> <p>b) să deconteze medicilor de familie nou-veniți în sistemul de asigurări sociale de sănătate, la termenele prevăzute în convenție, 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, venitul, conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-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.</p> <p>c) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-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, furnizorul 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 proprii precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor,</p>	<p>a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați, cu avizul Comisiei constituite conform art.23, alin 3 și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia 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;</p>	<p>Conform art 31, alin (3) din Contractul cadru.</p>
--	---	---

<p>cu excepția situațiilor impuse de actele normative;</p> <p>d) să acorde furnizorului de servicii medicale sume care să țină seama 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;</p> <p>e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare, notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; 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 casa 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;</p> <p>f) să informeze furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative prin publicare pe pagina web proprie;</p> <p>g) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;</p> <p>h) 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 și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatul medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010.</p>		
--	--	--

<p>j) să aducă la cunoștința 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;</p> <p>k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.</p> <p>B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale</p> <p>Art. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale; 2. 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-născutul 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; 3. 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; 4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali; 5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; 6. 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; 7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și 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 aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 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-născutul 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 și dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășeste 2200 pacienți; 3. 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 numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășeste 2200 pacienți; 4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășeste 2200 pacienți; 	
--	---	--

<p>personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina 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. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010. Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul.</p> <p>8. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele de care beneficiază asigurații</p>		
--	--	--

<p>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;</p> <p>9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>10. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;</p> <p>11. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;</p> <p>12. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;</p> <p>13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>14. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;</p> <p>15. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010, program asumat prin prezenta convenție și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;</p> <p>b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în</p>	<p>10. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical, prin afișarea materialelor informative furnizate fără costuri suplimentare de casa de asigurări de sănătate;</p> <p>13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, furnizate fara costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate;</p> <p>15 b) se elimina</p>	
--	---	--

<p>termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției.</p> <p>16. 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 calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;</p> <p>17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>18. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;</p> <p>19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;</p> <p>20. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugariilor;</p> <p>21. 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;</p> <p>22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-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.</p> <p>23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;</p> <p>24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;</p> <p>25. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de</p>	<p>... în maximum 10 zile calendaristice ...</p> <p>21. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru și materialele informative furnizate fără costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate care conțin 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;</p> <p>22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;</p> <p>23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, disponibile pentru consultare în forma actualizată la adresa www.cnas.ro/protocoale, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform dispozițiilor legale;</p> <p>24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune funcționa în parametri optimi și va exista infrastructura necesară, asigurată de instituțiile abilitate ale statului;</p>	
---	--	--

<p>asigurări sociale de sănătate emise de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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, 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, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;</p> <p>26. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;</p> <p>27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții 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</p>		
--	--	--

<p>nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială privind coordonarea sistemelor de securitate socială precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;</p> <p>28. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;</p> <p>29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;</p> <p>30. să întocmească bilet de trimitere, către societăți de turism balnear și de recuperare, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se 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 i se adreseze;</p> <p>31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorul de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și</p>	<p>29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, in masura respectarii obligatiilor ce revin DSP si CNAS;</p> <p>31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorii de servicii medicale au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurari de sanatate, deoarece pacientul isi pastreaza calitatea de asigurat;</p>	
---	---	--

<p>decontate de casele de asigurari de sanatate;</p> <p>32. 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, prescripție medicală, 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 aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără 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.</p> <p>33. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare 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 și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.</p> <p>34. 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 casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/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.</p> <p>35. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este</p>	<p>32. 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, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. In cazul constatarii unei greseli de dactilografie formularele vor putea fi corectate prin emiterea unui duplicat. In cazul unor erori de completare care respecta insa aspectul medical si legislatia in vigoare, formularele vor putea fi corectate prin eliberarea unui duplicat. Nerespectarea cu buna stiinta a acestei obligatii, prin incalcarea obligatiilor privind completarea acestor documente, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără 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.</p>	
--	--	--

<p>cazul.</p> <p>36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei naționale de Asigurări de Sănătate</p> <p>37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul.</p> <p>38. 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;</p> <p>39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;</p> <p>40. să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății;</p> <p>41. să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizare, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>42. să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică;</p> <p>43. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea</p>	<p>36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa, la prima prezentare la cabinet, cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;</p> <p>40. să efectueze și să raporteze utilizând SIUI vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății. Alte instituții ale statului care necesită situația vaccinărilor vor solicita datele de la CNAS;</p> <p>41. să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizare, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>42. să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică în baza unor contracte distincte de furnizare servicii cu finanțare de la Bugetul de stat.</p>	
--	--	--

<p>acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;</p> <p>VI. Modalități de plată</p> <p>ART. 6 Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:</p> <p>Medicii de familie nou-veniți într-o localitate beneficiază de un venit format din:</p> <p>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..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare 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;</p> <p>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, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5.</p> <p>Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:</p> <p>a) Medic de familie nou-venit Nume Prenume Cod numeric personal Grad profesional Codul de parafă a medicului Program de lucru Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei</p> <p>Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară</p>		
---	--	--

<p>activitatea%</p> <p>Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei</p> <p>Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data de pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de</p> <p>b) Medic de familie nou-venit</p> <p>Nume Prenume</p> <p>Cod numeric personal</p> <p>Grad profesional</p> <p>Codul de parafă a medicului</p> <p>Program de lucru</p> <p>Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei</p> <p>Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%</p> <p>Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei</p> <p>Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data de pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de</p> <p>Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.</p> <p>c)</p> <p>.....</p> <p>ART. 7 (1) Suma stabilită conform 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 se diminuează în cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezenta convenție precum și prescrieri de medicamente</p>		
---	--	--

<p>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, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau 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 pct. 7 pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none">a) la prima constatare, cu 10%;b) la a doua constatare, cu 20%;c) la a treia constatare, cu 30%. <p>(2) În cazul în care, în derularea convenției, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 30, 33, 35, 38 se diminuează suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru pentru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, 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, după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none">a) la prima constatare, cu 10%;b) la a doua constatare, cu 20%;c) la a treia constatare, cu 30%. <p>(3) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 29, 37, 40, 41 și 42, precum și că în</p>		
--	--	--

urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform convenției, nu au fost efectuate, se diminuează cu 30% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-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, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) și (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1), (2) și (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) și (3) casele de asigurări de sănătate țin evidența 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 independentă de voința părților, intervenită după data semnării convenției și care împiedică executarea acestuia,

<p>este considerată 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției</p> <p>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, ca urmare a constatării următoarelor situații:</p> <p>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;</p> <p>b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.</p> <p>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/acestuia;</p> <p>d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;</p>		
---	--	--

e) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 5 pct. 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 29, 37, 40, 41 și 42, precum și a faptului că serviciile raportate conform convenției nu au fost efectuate;

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenție prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenția 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;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 pct. 5, 10, 12, 13, 14, 15. a), 17, 19, 20, 21, 24 și 30;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 28 din prezenta convenție;

i) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin. (1) și (2) pentru fiecare situație, precum și o dată cu prima constatare a după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3);

j) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenției încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

k) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentei

<p>convenții, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru;</p> <p>ART. 12 (1) Convenția de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:</p> <p>a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:</p> <p>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 sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei cu care se află în relație contractuală;</p> <p>a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;</p> <p>a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;</p> <p>a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;</p> <p>a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.</p> <p>b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.</p> <p>c) acordul de voință al părților;</p> <p>d) denunțarea unilaterală a convenției 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.</p> <p>e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile art. 13 alin. (1) lit. d) – cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de</p>		
---	--	--

<p>asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii conventiei.</p> <p>(3) In cazul in care conventia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din conventie a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii conventiei.</p> <p>(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care conventia/contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.</p> <p>46</p> <p>(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeași casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru.</p> <p>ART. 13 Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la</p>		
--	--	--

<p>încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a convenției;</p> <p>b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;</p> <p>c) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintată despre 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 va aplica corespunzător numai medicului aflat în convenție, care se află în situația descrisă anterior.</p> <p>d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-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, și nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 6, 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;</p> <p>e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau 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 convenției; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;</p> <p>ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2), a3), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din</p>		
---	--	--

oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) și d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 15 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. 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 declarată nulă, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezenta convenție vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori 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 convenție de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi,, în două exemplare a câte

pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general, Reprezentant legal,

.....
Director executiv al Direcției economice,

.....
Director executiv al Direcției relații contractuale

.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la conventia de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.

.....

Documentele pe baza cărora se încheie conventia de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis

la Banca,

- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare

.....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi

desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in

contract functioneaza sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,

<p>- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,;</p> <p>- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,</p> <p>- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,</p> <p>- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,</p> <p>- autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar,</p> <p>- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,</p> <p>- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,</p> <p>- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,</p> <p>- copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar,</p> <p>- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru,</p> <p>- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;</p> <p>Documentele necesare încheierii convenției, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.</p> <p>ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.</p>		
<p>ANEXA 7 PACHETUL DE SERVICII MEDICALE acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății</p>	<p>ANEXA 7 PACHETUL DE SERVICII MEDICALE acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății</p>	

<p>CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice Nr.Crt. Cod Denumirea analizei Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei –</p> <p>...</p> <p>34. 2.1026 Hemoglobina glicozilată*5) 19,00 36. 2.6692 Factor reumatoid 8,70 42. 2430011 Complement seric C3 10,10 43. 2430012 Complement seric C4 10,10 46. 2.4060 TSH 19,10 48. 2.6392 Ag HBs (screening)*2) 29,03 49. 2.6201 Anti-HAV IgM*2) 38,19 50. 2.6204 Anti HCV*2) 60,48 57. 2.43135 PSA - 21,50 Examine din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi 69. 2.5032 Examen microscopic / proba 4,50 70. 2.5066 Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive) / proba 15,44 110. Osteodensitometrie segmentară/segment 24,00 169 Ecocardiografie 27,38 170 Ecocardiografie + Doppler 34,44 171 Ecocardiografie + Doppler color 36,25</p> <p>NOTA 1: *1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.</p>	<p>CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice Nr.Crt. Cod Denumirea analizei Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei –</p> <p>...</p> <p>34. 2.1026 Hemoglobina glicozilată*5) *1) 19,00 36. 2.6692 Factor reumatoid *1) 8,70 42. 2430011 Complement seric C3 *1) 10,10 43. 2430012 Complement seric C4 *1) 10,10 46. 2.4060 TSH *1) 19,10 48. 2.6392 Ag HBs (screening) *1) *2) 29,03 49. 2.6201 Anti-HAV IgM *1) *2) 38,19 50. 2.6204 Anti HCV *1) *2) 60,48 57. 2.43135 PSA *1) - 21,50 Examine din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi 69. 2.5032 Examen microscopic / proba *1) 4,50 70. 2.5066 Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive) / proba *1) 15,44 110. Osteodensitometrie segmentară/segment *1) 24,00 169 Ecocardiografie *1) 27,38 170 Ecocardiografie + Doppler *1) 34,44 171 Ecocardiografie + Doppler color *1) 36,25</p> <p>NOTA 1: *1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.</p>	<p>Posibilitatea efectuării analizelor la nivelul medicului de familie grabeste diagnosticarea și exclud aglomerarea ambulatoriului cu consulturi nenecesare sau internările nenecesare.</p>
<p>ART. 21 Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 141 din Contractul-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, în condițiile în care cel puțin 50% dintre medicii de familie nu încheie contracte de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu casele de asigurări de sănătate pentru anul 2011, acordarea serviciilor medicale din asistența medicală primară se asigură de medicii din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, în limita competențelor specifice</p>	<p>Art 21 – se elimina</p>	

<p>fiecarei specialitati. În această situație, casele de asigurări de sănătate încheie contracte distincte pentru furnizarea de servicii medicale aferente asistenței medicale primare cu furnizorii din asistența medicală ambulatorie de specialitate, fără a fi afectată activitatea acestora în ceea ce privește furnizarea de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.</p>		
<p>ANEXA 40 DISPOZIȚII GENERALE</p> <p>1. Medicii de familie au obligația să editeze datele medicale minime ale asiguraților înscriși pe lista proprie în cardul național de asigurări sociale de sănătate al acestora, la prima prezentare a asiguratului și ulterior să actualizeze aceste date, odată cu implementarea cardului național.</p> <p>2. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare – bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, biletele de internare, prescripțiile medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.</p> <p>3. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, prescripții medicale – formulare cu regim special pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar, codului de parafa al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurari de sanatate.</p> <p>4. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.</p> <p>5. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate de la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.</p>	<p>ANEXA 40 DISPOZIȚII GENERALE</p> <p>1. Medicii de familie au obligația să editeaza datele medicale minime ale asiguraților înscriși pe lista proprie în cardul național de asigurări sociale de sănătate al acestora, la prima prezentare a asiguratului și ulterior sa actualizeza aceste date, odată cu implementarea cardului național, in baza unui contract distinct, finantat de la Bugetul de stat, conform prevederilor legale in vigoare.</p> <p>2. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare – bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, biletele de internare, prescripțiile medicale vor fi furnizate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, fara costuri suplimentare din partea furnizorilor. vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.</p> <p>3. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, prescripții medicale – formulare cu regim special pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar, codului de parafa al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurari de sanatate.</p> <p>4. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.</p> <p>5. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate</p>	

<p>6. În situația în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil Sistemul informatic unic integrat și trebuie să fie avizat de Comisia de specialitate a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>7. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate deplasat la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.</p> <p>6. În situația în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil Sistemul informatic unic integrat și trebuie să fie avizat de Comisia de specialitate a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>7. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	