



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

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București
Fax +40213154656



Nr. 26 / 19.02.2016

Observații și propuneri privind **Proiect pentru aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017** afișat pe siteul cnas.ro, secțiunea Transparență decizională, la data de 9.02.2016

Articol – Forma din proiect	Articol – forma solicitată	Argumente, observații
Anexa 1		
A, art. 1.2	Se introduce: 1.2.2 Luarea în evidență a bolnavului TBC, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență 1.2.3 Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie	Argumente: - incidența mare în RO, INCLUSIV A TUBERCULOZEI MULTIDROGREZISTENTE adresabilitate direct la MF - istoric de aplicabilitate cu succes, cu impact atât pe incidență cât și pe morbiditate - extrem de important în rural unde singurul acces e prin MF. - cerința a OMS - se realizează cu colaborarea rețelei specific, cu asigurarea distribuirii de către aceasta a formularistice și a dozelor DOTS - solicitare date de la Inst național de statistică și a impactului.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



		SE VA PUNCTA LA SERVICIU PENTRU A STIMULA EFECTUAREA • 30 PUNCTE PENTRU DEPISTARE • 15 PUNCTE PENTRU ADMINISTRARE LUNARA PANA LA CONFIRMAREA TERMINARII TRATAMENTULUI DE CATRE MEDICUL DE SPECIALITATE CARE IL ARE IN INGRIJIRE
A, art 1.3 c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;		Nu a fost rezolvata problema raportarii in SIUI a serviciilor de supraveghere a gravidei de doua ori pe luna in lunile 7 - 9, nici la pachetul minimal, nici la pachetul de bază. Întrucât s-a afirmat că se regăsesc la regularizare, se solicită transparentizarea fișierelor de regularizare, cu precizarea serviciilor și capitației.
A, art. 1.3 1.3.1. 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, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.	1.3.1. 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	În momentul apariției sarcinii, gravida devine asigurata pe perioada respectiva si beneficiaza si de restul analizelor care se deconteaza la ingrijire gravidei, nu doar cele mentionate aici la pachetul minimal. Ce rost are includerea acestor servicii la gravide la pachetul minimal, cand pe perioada sarcinii devin asigurate? Daca discutam de prevederi separate, atunci aici de introdus si: precum si investigatiile de laborator minime obligatorii prevăzute in dosarul medical al gravidei elaborat de



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



		Ministerul Sănătății: hemoleucogramă, grup de sânge, Rh, glicemie, examen sumar urină, urocultură, VDRL, pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, examen secreție vaginală, citologie Babes-Papanicolau, cultura col pentru streptococ grup B, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide
1.5. Serviciile de prevenție - consultație preventivă: Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate se acordă o dată la 3 ani și cuprinde: - 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; - sfat medical, recomandări regim igienodietetic. Consultația se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiară de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie	1.5. Serviciile de prevenție - consultație preventivă: Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate se acordă o dată la 3 ani și cuprinde: - consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic); - recomandare pentru examene paraclinice pentru încadrarea în clasa de risc; (analizele sunt prevazute la anexa1) - încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc; - sfat medical, recomandări regim igienodietetic. Consultația se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiară de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie	



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



A, art. 2 2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele de la pct. 1.6.	2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele de la pct. 1.6. (altele decât cele de la punctele 1.3, 1.5)	
B 1.1. 3.2	Se introduce: 1.1.3.2 Luarea în evidență a bolnavului TBC, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență 1.1.3.3 Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie	Argumente: - incidenta mare in RO, adresabilitate direct la MF - istoric de aplicabilitate cu succes, cu impact atat pe indicenta cat si pe morbiditate - extrem de important in rural unde singurul acces e prin MF. - cerinta a OMS - se realizeaza cu colaborarea rețelei specific, cu asigurarea distribuirii de catre aceasta a formularistice si a dozelor DOTS - solicitare date de la Inst national de statistica si a impactului. SE VA PUNCTA LA SERVICIU PENTRU A STIMULA EFECTUAREA • 30 PUNCTE PENTRU DEPISTARE • 15 PUNCTE PENTRU ADMINISTRARE LUNARA PANA LA CONFIRMAREA TERMINARII TRATAMENTULUI DE CATRE MEDICUL DE SPECIALITATE CARE IL ARE IN INGRIJIRE



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



B, Art. 1.1.4.2 NOTĂ: Pentru inițierea și aju starea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.	Eliminare	Medicii de familie au competența profesională necesară de a iniția un trat. ADO. Această restricție nu se justifică nici din punct de vedere cost-eficiență din partea CNAS, induce costuri suplimentare în sistem această restricție. Iar din punctul de vedere al asigurătorilor înseamnă scăderea accesibilității la serviciile medicale.
B, Art. 1.1.4.3 Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.		de scos limitarea de prescriere de către medicul de familie a medicației din treptele terapeutice 2 și 3
B, Art. 1.1.4.4. - bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară , ecografie de organ - renală;		de cuprins albumină/creatinină în compensare cu bilet de la MF, la anexa paraclinic!!!
B, 1.2 Nota 1: Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt: a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv: 1. Pentru profilaxia anemiei: • Hemoleucograma completă • Sideremie 2. Pentru profilaxia rahitismului:	Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt: a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv: 1. Pentru screeningul (depistarea) anemiei: • Hemoleucograma completă • Sideremie 2. Pentru screeningul (depistarea)	Analizele menționate se utilizează pentru depistarea cazurilor de anemie, respectiv rahitism, NU pentru profilaxie. La depistarea rahitismului se adaugă Fosfor și



• Calciu seric total • Calciu ionic seric b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 11 ani inclusiv 1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut • <u>Proteine totale serice</u> • Colesterol seric total • Trigliceride serice • Glicemie • <u>TGP</u> • <u>TGO</u> <u>2. Pentru profilaxia anemiei:</u> • <u>Hemoleucograma completă</u> • <u>Sideremie</u> c. Vârsta cuprinsă între 12 ani și 17 ani inclusiv 1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut • <u>Proteine totale serice</u> • Colesterol seric total • Trigliceride serice • Glicemie • <u>TGP</u> • <u>TGO</u>	rahitismului: • Calciu seric total • Calciu ionic seric • Fosfor • Fosfatază alcalină b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv 1. Pentru screeningul (depistarea) sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială • Colesterol seric total • Trigliceride serice • Glicemie c. Vârsta cuprinsă între 9 ani și 17 ani inclusiv 1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială • Colesterol seric total • Trigliceride serice • Glicemie	Fosfataza alcalină De trecut Fosfor la anexa servicii paraclinice, ca se pot recomanda de catre medicul de familie pentru copiii din grupa de vârstă 2 – 5 ani inclusiv propunem 6 - 9 conform ghidurilor si aniversarilor JALON. Se adaugă datorita riscului foarte mare Se elimina Proteine totale, TGP, TGO, nu se corelează cu ghidurile Se elimină screeningul anemiei, nu se efectuează la această vârstă Se face corectura la grupa de vârstă conform modificării de mai sus Se adaugă datorita riscului foarte mare Se scot Proteine totale, TGP, TGO, nu se corelează cu ghidurile
---	--	--



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



2. Pentru screening ITS (după începerea vieții sexuale) • VDRL sau RPR	2. Pentru screening ITS (după începerea vieții sexuale) • VDRL sau RPR	
B, Art. 1.2.2. c)		Nu a fost rezolvata problema raportarii in SIUI a serviciilor de supraveghere a gravidei de doua ori pe luna in lunile 7 - 9, nici la pachetul minimal, nici la pachetul de bază. Întrucât s-a afirmat că se regăsesc la regularizare, se solicită transparentizarea fișierelor de regularizare, cu precizarea serviciilor și capitației.
B, Art. 1.2.2.1. 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, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.	B, Art. 1.2.2.1. 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, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.	plus restul analizelor consemnate la paraclinic. Se adauga cultura col pentru streptococ grup B, precum si investigatiile de laborator minime obligatorii prevăzute in dosarul medical al gravidei elaborat de Ministerul Sănătății: hemoleucogramă, grup de sânge, Rh, glicemie, examen sumar urină, urocultură, VDRL, pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, examen secreție vaginală, citologie Babes-Papanicolau, cultura col pentru streptococ grup B, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide
B, Art. 1.2.3.2. NOTA 1 Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:	B, Art. 1.2.3.2. NOTA 1 Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:	Se corectează textul notei conform ghidurilor.



a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani • <u>Hemoleucogramă completă</u> • <u>VSH</u> • Glicemie • Colesterol seric total • <u>Electroforeza proteinelor serice</u> • <u>Creatinina serică</u>	a.pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani • Glicemie -dacă IMC peste 25 kg/m2 și dacă prezintă mai mult de 1 factori de risc pentru diabet • Colesterol seric total sau profil lipidic complet dacă IMC peste 25 kg/m2 și dacă prezintă mai mult de 1 factori de risc pentru diabet	Se elimina ce nu este necesar
b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină • VDRL sau RPR	b.pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină în cadrul vizitei preconceptionale • VDRL sau RPR • <u>HLG</u> • <u>glicemie</u> • <u>ex Babes-Papanicolau</u> • <u>ex sumar urina</u> • <u>Ag Hbs</u> • <u>AcHVC</u>	Se adauga (cu mentiunea ca trebuie specificat si la anexa paraclinic modificarile
c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste • <u>Hemoleucogramă completă</u> • <u>VSH</u> • Glicemie • Colesterol seric total • <u>Electroforeza proteinelor serice</u> • <u>Creatinina serică</u> • <u>PSA la bărbați</u>	c.pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste • Glicemie- o dată la 3 ani • Colesterol seric total - odată cu evaluarea riscului cardiovascular -profil lipidic complet dacă riscul cardiovascular estimat este peste 5% • TSH (indiferent de sex)	Se elimina ce nu este necesar PSA nu are valoare de screening dovedit FT4 nu are valoare de screening, e suficient



• TSH și FT4 la femei		TSH (este cel mai sensibil test de screening pentru HIPO și HIPERTiroidism)
1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiii 0 - 1 an, copiii cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lehezilor. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația - examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului. 1.3.1. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum 2 consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală. 1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane	1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru contractat. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiii 0 - 1 an, copiii cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase , persoanelor cu sindroame febrile și lehezilor. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația - examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului. 1.3.1. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum 2 consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală. 1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 21 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane	Statisticile noastre arata ca media anului 2014 a fost de 13 domiciliu/luna iar a anului 2015 de 17 domiciliu/luna. Nu exista cerere pentru 42. Menținerea prevederii coboara valoarea pct PS. Majoritatea consultatiilor la domiciliu nu sunt programabile. Ele se realizeaza la solicitarea apartinatorului sau pacientului si, in functie de situatia prezentata, medicul poate lasa pacientii din cabinet pt acordarea asistentei de urgenta la domiciliu. Nu poti face programari intre ora X si Y decat pentru pacientii cronici nedeplasabili. Incadrarea domiciliilor intre anumite ore pune in pericol starea de sanatate a pacientilor. Rugam a se acorda atentie acestui aspect specific specialitatii noastre si a se da dovada de flexibilitate in intelegerea acestui fenomen. Nicio alta specialitate medicala nu efectueaza consultatii la domiciliu, iar acest aspect nu este luat in seama, nefiind stimulat prin acest contract. Introducerea validarii prin card la domiciliu a scazut mult numarul de consultatii in afara cabinetului, in ciuda nevoilor pacientilor. Dacă se dorește monitorizarea corectă a cronicilor nedeplasabili, e nevoie de mai multă



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi. NOTĂ: consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații, care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.	asigurate înscrise dar nu mai mult de 2 consultații pe zi. NOTĂ: consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații, care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.	flexibilitate din partea CNAS în acest sens. Noi nu solicităm creșterea numărului de consultații în afara cabinetului, ci permiterea medicului să își gestioneze propriul program, astfel încât să poată vedea și pacienții nedeplasabili, pe măsura adaptării programului de lucru. Se decontează consultația dacă nu e semnată cu cardul, dar e consemnată în registrul de consultații? Permite decontarea consultației la domiciliu ca și consultația copilului ar permite efectuarea acestor consultații mai ușor. E vorba de reg separat de domiciliu sau de registrul de consultații? Solicităm precizări la cele două probleme.
1.6. Servicii de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat , intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.	A se elimina acest punct.	Aceste servicii la toate nivelurile se finanțează din fond separat .
Anexa 2C		
A b) b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la	A b) b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la	



consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor

după scorul z (velocitatea creșterii)

- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului

(prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)

- profilaxia anemiei la dismaturi - prematuri începând cu vârsta de 2 luni
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei [CHESTIONAR AUTISM]

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/aparținătorul/tutorele legal al

consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor

după scorul z (velocitatea creșterii)

- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului

(prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)

- **profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 g începând de la 2 luni**

De scos chestionarul pentru autism din acest punct. Vârsta de de 2,4 luni nu este recomandată pentru aplicarea chestionarului de screening pentru autism. Chestionarul se aplică la copiii **de la 18 luni până la 30 luni** dacă medicul constată probleme de dezvoltare sau dacă părinții exprimă îngrijorări în legătură cu dezvoltarea copilului. (deci nu funcționează ca screening general, ci doar la suspiciune). Se poate aplica la ex de bilant de 18 luni si 24 luni cu argumentul de mai sus. De adăugat la serviciile respective.



copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului. La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză. Medicul de familie prezintă părintelui/apartinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară ulterior. În cazul în care copilul evidențiază un risc minim, nu este necesară monitorizarea ulterioară. În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu mediu/sever, medical explică părintelui/apartinătorului/tutorelui legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.		
A c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 , 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă: • evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de	A c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 , 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă: • evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de	



introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS), • continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani • <u>profilaxia anemiei la toți copiii până la 9 luni inclusiv,</u> • evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor • evaluare socio-emoțională • evaluare și consiliere pentru activitatea fizică • sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste • identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist și se efectuează conform literei b. Pentru un scor care indică un risc mediu reevaluarea se face la 3 luni, până la vârsta copilului de 18 luni.	introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS), • continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani • <u>profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate peste 2500 g la naștere de la 6 luni până la 18 luni</u> • <u>profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 g de la 2 luni la 24 luni</u> • evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor • evaluare socio-emoțională • evaluare și consiliere pentru activitatea fizică • sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste NOTA la copiii de 18 luni <u>dacă medicul constată probleme de dezvoltare sau dacă părinții exprimă îngrijorări în legătură cu dezvoltarea copilului,</u> se va urmări identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei [CHESTIONARUL PENTRU AUTISM]	Chestionarul se aplică la copiii de la 18 luni până la 30 luni <u>dacă medicul constată probleme de dezvoltare sau dacă părinții exprimă îngrijorări în legătură cu dezvoltarea copilului.</u> (deci nu funcționează ca screening general, ci doar la suspiciune). Se poate aplica la ex de bilant de 18 luni dacă există suspiciune.
---	--	---



	Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/apartinătorul/tutorele legal al copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului. La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză. Medicul de familie prezintă părintelui/apartinătorului/tutorei legal atitudinea terapeutică necesară ulterior. • În cazul în care copilul evidențiază un risc minim, nu este necesară monitorizarea ulterioară. • În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu mediu/sever, medicul explică părintelui/apartinătorului/tutorei legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.	
A d. d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași	A d. d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri	



examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă: • evaluarea practicilor nutriționale (anamneza nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii; • continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie); • evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare; • evaluare și consiliere pentru activitatea fizică; • evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională; • screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval); • sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere); • identificarea eventualelor deficiențe ale	de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă: • evaluarea practicilor nutriționale (anamneza nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii; • continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie); • evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare; • evaluare și consiliere pentru activitatea fizică; • evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională; • screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval pentru fiecare); • sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere); • Revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal al vârsta de cinci ani. • identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin	
---	---	--



dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei b, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani. Pentru un scor care indică un risc mediu și sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică. În cadrul consultațiilor preventive, copii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigații.	aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei d, la vârsta copilului de până la 30 de luni, dacă medicul constată probleme de dezvoltare sau dacă părinții exprimă îngrijorări în legătură cu dezvoltarea copilului. Pentru un scor care indică un risc mediu și sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică. În cadrul consultațiilor preventive, copii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigații.	Chestionarul se aplică la copiii de la 18 luni până la 30 luni <u>dacă medicul constată probleme de dezvoltare sau dacă părinții exprimă îngrijorări în legătură cu dezvoltarea copilului.</u> (deci nu funcționează ca screening general, ci doar la suspiciune). Se poate aplica la ex de bilant de 2 ani dacă există suspiciune.
A e. e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani, 10 ani și 11 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă: • screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC) • evaluarea dezvoltării pubertare - scala	A e. e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 - 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă: • screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC) • evaluarea dezvoltării pubertare - scala	Se modifică grupele de vârstă în conformitate cu ghidurile.



Tanner	Tanner pentru identificare pubertate precoce	
A f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă: • consiliere și screening ITS, după debutul vieții sexuale • screening-ul depresiei • informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV • consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență	A f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 10 - 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă: • Consiliere și Screening BTS la cei cu comportamente la risc -VDRL sau RPR - Chlamydia din col • indicație vaccinare HPV • screening-ul depresiei • informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV • consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență	Se modifica vârsta corespunzător Se modifică
B1 b Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în: • calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2; • încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului	B1 b Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în: • calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2; • încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului	



HeartScore; • aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit; • includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți) În riscogramă vor fi consemnate următoarele: 1. Factorii de risc • la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic • <u>colesterolul total și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic</u> • creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90 2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos: [DIAGRAMA SCORE PENTRU RISC RELATIV] 3. Intervenții asupra riscurilor modificabile: • persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate după cum urmează:	HeartScore; • aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit; • includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți) În riscogramă vor fi consemnate următoarele: 1. Factorii de risc • la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic • profil lipidic complet și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic • creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90 2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos: [DIAGRAMA SCORE PENTRU RISC RELATIV] 3. Intervenții asupra riscurilor modificabile: Estimarea riscului relativ are importanță	CONFORM GHID Atenție textul asta nu are ce cauta la grupa de vârstă 18-40 la care nu se calculează riscul
--	---	---



- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% - se formulează recomandări referitoare la stilul de viață; evaluarea se va realiza anual. - pentru RCV < 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani. • persoanele cu Risc Risc SCORE >= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se includ în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).	pentru educația pacientului și activitatea de consiliere.	SCORE in procente ci riscul relativ!!! dealtfel prezentat mai sus.
B 2 (...) 1. Factorii de risc • la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic; • colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani. • glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale	B 2 (...) 1. Factorii de risc • la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic; • glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric -familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale	de scos - facem colesterol total pentru SCORE nu de sine statator dupa 40 ani (nu are sens screening dislipidemie rupt de cel cardiovascular) <i>„Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani”.--- de scos pentru ca SCORE se face anual peste 40 de ani, sau macar la 2 ani)</i>



metabolismului lipidic • creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90	metabolismului lipidic NOTA: peste vârsta de 45 de ani ,glicemia intra în screening o dată la 3 ani • creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90	
Anexa 2		
Art. 1, alin (3), litera b) b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele: - timpul mediu/consultație este de 15 minute; - un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4; Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi. - maximum 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultații pe lună	Art. 1, alin (3), litera b) b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână , nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele: - timpul mediu/consultație în cabinet este de 15 minute; - timpul mediu / consultație la domiciliu este de cca 2 ore - un program de lucru în medie de 7 ore/zi pentru consultații (atat la cabinet cât și consultații în afara cabinetului). Pentru un program de lucru în medie de 7 ore/zi se ia în calcul un număr mediu de 20 de consultații la cabinet pe zi și un număr maxim de 25 consultații în afara cabinetului pe lună. *pentru medicii cu liste mai mari de pacienti se va face ajustarea corespunzătoare, cu	Programul medicului trebuie sa fie flexibil. In cea mai mare parte a situatiilor cand are consultatii la domiciliu, medicul de familie este chemat haotic, solicitarile neputand fi facute programat. Late consultatii sunt facute fara solicitare, pentru monitorizarea pacientilor nedepasabili. Atat vreme cât sunt reglementate cazurile in care se deconteaza consultatiile la domiciliu, consideram ca delimitarea strictă de 5 + 2 ore ne limiteaza capacitatea de miscare pentru optimizarea activitatii. De aceea, consideram ca lipsa unei imartiri stricte a timpului (cabinet + domiciliu) ar face mai abordabila activitatea medicului. Numarul de consultatii al domiciliu dorim sa revina la 21, experienta anului trecut ne-a aratat ca nu se efectueaza nici macar maximul de 21 de consultatii la domiciliu pe luna. De aceea solicitam revenirea la 4 consultatii pe ora la cabinet si cel putin o consultatie la domiciliu pe zi, cu cun maximum decontabil de 25 de consultatii la domiciliu pe luna, fara alte



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



	- un număr mediu de 24 de consultații la cabinet pe zi și un număr maxim de 25 consultații în afara cabinetului, pe lună. - un număr mediu de 28 de consultații la cabinet pe zi și un număr maxim de 25 consultații în afara cabinetului, pe lună.	restrictii. Normarea nu este o activitate specifica unei profesii liberale, libertatea de miscare permitand o mai buna organizare a cabinetului si optimizarea actului medical. Majoritatea consultatiilor la domiciliu nu sunt programabile. Ele se realizeaza la solicitarea apartinatorului sau pacientului si, in functie de situatia prezentata, medicul poate lasa pacientii din cabinet pt acordarea asistentei de urgenta la domiciliu. Nu poti face programari intre ora X si Y decat pentru pacientii cronici nedeplisabili. Incadrarea domiciliilor intre anumite ore pune in pericol starea de sanatate a pacientilor.
ART. 8 (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei, valabilă pentru anul 2016. (2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2016	ART. 8 (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 4,30 lei, valabilă pentru anul 2016. (2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 2,00 lei, valabilă pentru anul 2016.	Conform calulelor expertilor SNMF (se incadreaza in bugetul aprobat în acest moment pt 2016). Considerăm necesare si justificate valorile de creștere ale PC si PS, in urma unei rectificari bugetare. Dealtfel am pus in atentie Curtii de Conturi executia bugetului în anii anteriori.
ART. 10 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	ART. 10 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic , până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform	Precizarea este necesara si in acest articol deoarece inca mai exista CJAS care solicita raportarea si in format tiparit.



contractului cadru și a prezentelor norme.	prevederilor contractului cadru și a prezentelor norme. Imposibilitatea transmiterii activitatii, în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, duce la prelungirea termenului de raportare.	Precizarea este necesara in contextul deselor erori ale sistemului informatic, in special in perioada de raportare.
Art. 11 Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.	ART. 11 Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, mail, fax), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, mail, fax /prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.	De la 1 martie 2016 costul unei scrisori recomandate prin Posta Romana creste la 16 lei. Un tarif similar este solicitat si de firmele de curierat. Varianta fax/e-mail este mai putin costisitoare, mai rapida, mai moderna si mai sigura.
ART. 13 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	ART. 13 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	Cate astfel de intalniri s-au organizat in anul 2015 in fiecare judet ? Medicii de familie se afla in relatie contractuala cu CJAS , existind intre acestia un parteneriat contractual, nefiind angajatii nici ai CJAS si nici ai DSP, astfel ca , la acele intilniri nicio hotarire luata acolo nu are efect juridic asupra medicului de familie si asupra obligatiilor



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



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.	apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității.	contractuale. Se elimină
TABEL MODALITĂȚI DE PLATĂ A - PACHET MINIMAL 2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic 1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potential endemo-epidemic suspionată și confirmată 5,5 puncte/consultație	TABEL MODALITĂȚI DE PLATĂ A - PACHET MINIMAL 2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic 1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potential endemo-epidemic suspionată și confirmată 5,5 puncte/consultație NOTĂ: PENTRU DEPISTARE ȘI MONITORIZARE TBC • 30 PUNCTE PENTRU DEPISTARE CAZ NOU, CONFIRMAT DE MEDICUL DE SPECIALITATE • 15 PUNCTE PENTRU ADMINISTRARE LUNARA PANA LA CONFIRMAREA TERMINARII TRATAMENTULUI DE CATRE MEDICUL DE SPECIALITATE CARE IL ARE IN INGRIJIRE	Argumente: - incidenta mare in RO, INCLUSIV A TUBERCULOZEI MULTIDROGREZISTENTE adresabilitate direct la MF - istoric de aplicabilitate cu succes, cu impact atat pe indicenta cat si pe morbiditate - extrem de important in rural unde singurul acces e prin MF. - cerinta a OMS - se realizeaza cu colaborarea rețelei specific, cu asigurarea distribuirii de catre aceasta a formularistice si a dozelor DOTS - solicitare date de la Inst .national de statistica si a impactului.
TABEL MODALITĂȚI DE PLATA A - PACHET DE BAZĂ	TABEL MODALITĂȚI DE PLATĂ A - PACHET DE BAZĂ	Argumente: - incidenta mare in RO, INCLUSIV A TUBERCULOZEI MULTIDROGREZISTENTE



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic 1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potential endemo-epidemic suspicionată și confirmată 5,5 puncte/consultație	2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic 1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potential endemo-epidemic suspicionată și confirmată 5,5 puncte/consultație NOTĂ: PENTRU DEPISTARE ȘI MONITORIZARE TBC • 30 PUNCTE PENTRU DEPISTARE CAZ NOU, CONFIRMAT DE MEDICUL DE SPECIALITATE • 15 PUNCTE PENTRU ADMINISTRARE LUNARA PANA LA CONFIRMAREA TERMINARII TRATAMENTULUI DE CATRE MEDICUL DE SPECIALITATE CARE IL ARE IN INGRIJIRE	adresabilitate direct la MF - istoric de aplicabilitate cu succes, cu impact atat pe indicenta cat si pe morbiditate - extrem de important in rural unde singurul acces e prin MF. - cerinta a OMS - se realizeaza cu colaborarea rețelei specific, cu asigurarea distribuirii de catre aceasta a formularistice si a dozelor DOTS - solicitare date de la Inst .national de statistica si a impactului.
Anexa 3		
Art. 6		Refuzam nedecontarea sau nevalidarea tuturor serviciilor medicale din motive de malfuctionarea PIAS. Nu este treaba furnziorilor de servicii medicale sa vegheze la buna functionare a platformei, ci a serviciului de mentenanță. Prin urmare serviciul medical se acorda si se decontează, indiferent de problemele de functionare ale PIAS
Art. 6 i i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și	Art. 6 i i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și	care sunt sanctiunile pentru nerespectarea acestei prevederi?



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza; j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nouasigurate intrate pe listă, în condițiile legii;	refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza; j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar zilnic, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nouasigurate intrate pe listă, în condițiile legii;	Se inlocuieste cu ZILNIC Motivatie: actualizarea lunara a calitatii de asigurat este tardiva si inexplicabila in conditiile unui sistem atat de performant si al comunicarii electronice cu ANAF si alte institutii cu atributii in domeniu.
		Refuzam nedecontarea sau nevalidarea tuturor serviciilor medicale din motive de malfunctionarea PIAS. Nu este treaba furnizorilor de servicii medicale sa vegheze la buna functionare a platformei, ci a serviciului de mentenanta. Prin urmare serviciul medical se acorda si se deconteaza, indiferent de problemele de functionare ale PIAS
ART. 6	ART. 6 Se introduce pct q q) Să ia toate măsurile necesare pentru funcționarea Platformei Informatice a Asigurărilor de Sănătate, în conformitate cu prevederile Art.270 legea 95/2006	Motivatie: Eroarea "SPC0051: CNP-ul nu este pe lista medicului raportor" este primita de furnizori timp de cel putin 25 de zile dupa inscrierea asiguratului pe lista proprie in conditiile legii. Conform explicatiilor primite neoficial de la informaticienii caselor de



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



	Se introduce punctul s s) Valideaza inscrierea asiguratului pe lista medicului de familie in termen de cel mult 72 de ore de la data realizarii inscrierii unui asigurat nou sau a transferului, in conditiile art. 11 din Anexa 2	asigurari, validarea inscrierilor la nivel national in SIUI se realizeaza abia dupa data de 25 ale lunii pentru inscrierile realizate in luna anterioara.
B Art. 7 În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului	B art. 7 În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate,	A devenit redundantă prevederea nu isi mai are locul, pacientul fiind internat, nu se poate prezenta cu cardul la MF pentru prescrierea retetei compensate. Exista o evidenta a nr retete eliberate in acest mod in ultimul an? <i>Solicităm să dispara obligativitatea de a solicita declaratii si de a urmari pacientul cu 0-700 de la MF. MF, ca si alti furnizori de servicii medicale vor folosi in cazul pensionarilor cu 0-700 specificatiile salvate in SIUI. Asa cum apare in SIUI, asa va fi elibrata reteta. Nu e treaba medicului ci a CNAS sa verifice calitatea de asigurat si categoria, astfel greselile nu vor mai fi imputate furnizorilor si vor fi asumate de catre CNAS. Calitatea si categoria de asigurat se regasesc in personalizarea descarcata de pe SIUI si vor</i>



sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr./2016 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;	NOTĂ: Medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii poartă întreaga responsabilitate asupra respectării protocoalelor de prescriere în vigoare pentru medicamentele recomandate.	<i>servi drept dovada pentru ceea ce apare în momentul eliberării serviciului. Serviciul va fi validat în funcție de situația asiguratului la momentul respectiv, verificată online. Nu este treaba furnizorilor de servicii medicale să verifice categoria de asigurat, și ANAF, nu la MF, nu la spital</i>
B, Art. 7, aq aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna	B, Art. 7, aq aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează Foia de decont - Anexa 50; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Foile de decont se transmit de către furnizor cu ocazia raportării lunare la casele de asigurări. Casele de asigurări introduc serviciile continute în foile de decont în platforma informatică a asigurărilor de	



pentru care se face raportarea.	sănătate în maximum 15 zile de la momentul primirii documentelor. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.	
an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze	an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze	Este necesara o masura de rezerva pentru foarte desele situatii in care componentele PIAS nu functioneaza in parametrii optimi sau nu functioneaza deloc. Anexa 50 va fi adaugata la Norme.



în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;	în vederea acordării serviciilor medicale; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic sau imposibilității prezentării cardului sau adeverinței înlocuitoare, să solicite semnătura asiguratului pe foaia de decont, Anexa 50; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;	MODEL ANEXA 50 Subsemnatul ... declar ca am beneficiat in data de la ora de urmatoarele servicii acordate de furnizorul cu contractul nr incheiat cu CAS Semnatura asigurat Semnatura furnizor
B Art. 7 z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;	B Art. 7 z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond Se adaugă as) să încaseze de la asigurați contravaloarea consultației la pacienții care se prezintă în afara numărului de pacienți programabili. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere, certificate pentru incapacitate temporară de muncă, prescripții medicale sau alte documente utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate	Se elimină. Medicina este o profesie liberal și medicul de familie este privat. Contractorul nu are niciun drept să interzică medicului de familie să taxeze legal servicii pe care CNAS nu le decontează. În plus, pentru asigurații care vin la cabinet în afara programului contractat au aceleași drepturi ca pacienții asigurați care vin în timpul programului, aceste consultații pot fi considerate „la cerere”, dar pacienții fiind asigurați beneficiază de dreptul la rețetă compensată. Ni se pare profund discriminatoriu ca medicii din ambulatoriu de specialitate pot aplica taxarea pacientului neprogramat și pot elibera documentele medicale. Faptul că aceștia nu au capacitate ni se pare o justificare puerilă, dat fiind faptul că valoarea capacității pentru



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



		fiecare pacient nu acopera nici mîcar jumătate din costul unei consultatii neprogramate. Iată mostre de tratament discriminatoriu: Contract-cadru – specialitati clinice – pagina 18 SECȚIUNEA a 3-a Drepturile și obligațiile furnizorilor ART. 24 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură au următoarele obligații: aj) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme; Iar normele spun: Norme specialitati clinice - Anexa 8 – pagina 97, ART. 8 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice și acupunctură, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare Respingem categoric aceasta masura care nea
--	--	--



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



		fost impusa in ultimele contracte, in timp ce altor furnizori li s-a permis utilizarea ei. Asistenta primara este disponibila dar nu este asimilabila cu asistenta sociala. Medicul are dreptul fundamental de a fi platit pentru prestatia sa si nu intelegem de ce ni se ingradeste acest drept legitim.
Art. 9 (5) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum si de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații. (6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni: a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;	Art. 9 (5) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum si de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații. (6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni: a) la prima constatare avertisment pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate; b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per	



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.	capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.	
Art. 9 (6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni: a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate; b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.	Art. 9 (6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni: a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate; b la a doua constatare se notifica medicului jumătate din valoarea de decontare de către CNAS a prescripțiilor medicale neridicate în sistem pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.	Face referire la: <u>[ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii].</u> Se înlocuiește cu: a) avertisment b) la a doua constatare se notifica medicului jumătate din valoarea de decontare de către CNAS a prescripțiilor medicale neridicate în sistem Este inacceptabil pentru aceste situații, în care nu există absolut niciun prejudiciu material (deoarece pacientul a primit rețeta de la farmacie), pentru valori de câțiva lei ale unor rețete, să se diminueze cu sute de lei valoarea facturii. Nu este o contravenție care să reprezinte pericol social!
ART. 13 Contractul 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		Scăderea masivă a numărului de medici face aproape imposibilă înlocuirea. Dacă în situații problematice medicul de familie nu poate găsi înlocuitor, i se reziliază contractul din prima?



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații: h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;	h - se abroga	Considerăm că sancțiunea este discriminatorie față de medicii din sistemul public, care au dreptul și sunt lăsați să își exercite concediile de boală, de exemplu! In majoritatea localitatilor nu sunt medici pensionari la dispozitia CMR si CJAS, care sa inlocuiasca medicii de familie in cazul in care vor sa participe la evenimenteprofesionale sau au probleme personale grave (deces in familie, rude bolnave, probleme personale de sănătate etc.) In cazul lipsei pe o perioadă de 3 zile nici nu ar trebui anuntata cjas, ar fi suficientă o reprogramare a consultatiilor si celor care nu se pot reprograma sunt redirectionati către proximal centru de permanenta / UPU.
i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. z) și af) și a nerespectării obligației prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr./2016 ;	Se modifica: i) în cazul nerespectării obligației prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr./2016 ;	Solicitam eliminarea din litera i) a cuvintelor “obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. z) și af) și a nerespectării”
ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una între următoarele situații: d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la	d - abrogare	Nu este legală, constituțională conditionarea incheierii contractului cadru in functie de obligatia platii contributiei sanatatii , oricum conform codului fiscal in cazul neplatii contributiei sanattii se aplica penalizari si chiar executie silita cu blocarea conutului



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;		cabinetului medical
Anexa 47		
Dispozitii generale 10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice	10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice și pot prescrie medicamente si investigatii medicale pe baza specialitatii clinice detinute. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice	Medicul de familie care are si specialitatea gastroenterologie sau diabet nu poate deconta servicii si in aceste specialitati insa poate prescrie medicamente cu * si investigatii (HbA1c, endoscopie etc.)
15. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate	Se abroga	Pentru ca se introduce in Anexa 2, Art 7, lit an si aq foaia de decont - Anexa 50.

**Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)**

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată; Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel: 15.1. În asistența medicală primară: în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.		
Anexa 50		
	Se introduce: Anexa 50 - foaie de decont (format A5) Subsemnatul ... (date de identitate, adresa, CNP), declar că am beneficiat în data de la ora de următoarele servicii acordate de furnizorul cu contractul nr încheiat cu	Pentru implementarea prevederilor din Anexa 2, art 7, lit an si aq Formularul se poate emite direct din soft, cu preluarea datelor de identitate, printare si semnătură. Stabilire circuit al decontului. N.B. În situația funcționării corespunzătoare a



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656



	CAS	PIAS, aceste deconturi ar trebui să fie extrem de rare.
	Semnătura asigurat Semnătura furnizor	

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

Președinte FNPMF
Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF
Dr. Rodica Tănăsescu

