

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE

in asistența medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale

B. pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală

Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acorda 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 în anexa 21 cap I lista A a ord. ministrului precum și la cazurile prevăzute din lista B și C din cap I anexa 21 pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (accidente, traumatisme, pierderea cunoștinței).

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

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

NOTĂ 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 distinct 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 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 igienicosanitare specifice, după caz).

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

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;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;
- f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

NOTĂ 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 naștere.

NOTĂ 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.

D. Imunizări:

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;
- 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.

II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

E. Activități de suport

Eliberare de acte medicale:

certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale,

;

F. Servicii de planificare familială:

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

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 intercurrente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

NOTĂ: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an. **CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază**

A. Serviciile cuprinse la Capitolul II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

B. Servicii medicale profilactice:

Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:

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

C. Imunizări

Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la Cap. I, lit. D.

D. Servicii de promovare a sănătății

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

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;
- c) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare;
- d) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea

distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. c).

F. Servicii medicale curative:

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

- anamneza, examenul clinic general,
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare,
- manevre de mică chirurgie, după caz.
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, 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.

NOTĂ 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.

NOTĂ 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an

G. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

3

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, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui CNAS. Evidența și monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite / mișcarea lunară / intrări/ieșiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie

organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. E, lit. c).

NOTĂ: 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, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

H. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic.

NOTĂ 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Caietul de domiciliu” care va conține: data și ora vizitei, numele, prenumele și CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria și numărul), după caz.

NOTĂ 2: Pentru bolnavii nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.

NOTĂ 3: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei vizite la domiciliu, pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an

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 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 din anexa 11.

J. Activități de suport

Eliberare de acte medicale:

- certificat de concediu medical, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

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 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.

4

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.

Pentru situațiile care se încadrează la Cap. II litera B, costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din FNUASS, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. III lit. A - H sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, 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.

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.

7. Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru medicamentelor ... se stabilesc în termen de 90 de zile și se aproba prin ordin comun al MS și CNAS.

ANEXA 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale, precum și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

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 ale pachetelor de servicii și plata prin tarif pe serviciu medical – consultație, pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa 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 CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Suma cuvenită 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. 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:

5

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

Grupa de

vârstă 0 – 3 ani 4 – 59 ani 60 ani și

peste

Număr de

puncte /

persoană / an

11,2; 7,2 11,2

NOTA 1: Încadrarea persoanei, 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).

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.

În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;

NOTĂ 3: Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corepunzător grupei de

vârsta „60 ani și peste”.

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;

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 dintr-o zonă/localitate, este de 1.800.

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. 22 alin. (3) din Contractul-cadru.

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 2200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin.3 lit.b.cu asigurarea a minimumului de consultatii la domiciliu necesare conform notei 2 litera H capitolul III anexa 1.

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

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

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

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 decontat** = număr de puncte realizate x ----- x 0,5

Număr persoane înscrise

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 decontat** = număr de puncte realizate x ----- x 0,5

Număr persoane înscrise

6.4 În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), 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 decontat** = număr de puncte realizate x ----- x 0,5

Număr persoane înscrise

b) Medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

7

262/2010, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, privind numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii, înscriși pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 30 din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care a avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și alin.(5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, 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 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni în condițiile art. 22 alin. (6).

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, venitul se stabilește conform lit. a).

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/90/2008.

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.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se

aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%. Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

8

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A - F, cap. II lit. A, cap. III lit. B, C, D, E, G din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu – consultație se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical-consultație este:

- Consultație la domiciliu -15 puncte
- Consultație la cabinet – 5,5 puncte

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

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

c) Serviciile cuprinse la cap. II lit. B și cap. III lit. F , G H, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical-consultație.

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuție

personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripția medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;

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

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.

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.???

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.

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. (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, 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.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(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.

(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. 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

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita" și pe serviciu aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului
10

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.

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

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire.

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

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

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici de familie. Medicii angajați nu au listă de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii proprii și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate 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.

(2) În situația în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscriși 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.

(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. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010, 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 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și

11
casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni, în condițiile art. 22 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent, conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. 70% pentru plata "per capita" și 30% pentru plata pe serviciu-consultație, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate 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.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorilor definitive ale punctelor, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea minimă garantată a punctului „per capita” este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 4,5 lei .

(2) Valoarea unui punct "per capita" se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata "per capita" a medicilor de familie și de numărul de puncte "per capita" efectiv realizat, conform art. 1 alin. (2) și reprezintă valoarea definitivă a unui punct "per capita" unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 0,9 lei .

(4) Valoarea unui punct pentru plata pe serviciu medical- consultație se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata pe serviciu medical- consultație a medicilor de familie, și de numărul de puncte pe serviciu medical - consultație efectiv realizate cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medicalconsultație unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație.

ART. 10 (1) Suma convenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu- consultație efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical- consultație.

(2) Suma convenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a

12
numărului de puncte pe serviciu medical- consultație efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical- consultație.

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de

asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoane beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere 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 30 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 o copie conformă cu originalul după fișa medicală, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează fișa medicală a acestuia, conform legii.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" și 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.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

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.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 38 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262, prin nerespectarea a programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

13

(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 medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

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 tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr.7 la ordin, respectiv la nivelul tarifelor contractate de către casele de asigurări de sănătate.

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 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.

ART. 17. Modelul procesului verbal de predare-preluare a documentelor medicale întocmit pentru situațiile prevăzute la art. 32 lit. l) din Contractul-cadru este cel

prevăzut în Anexa 2B.

ART. 18 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA nr. 2a

- model -

PROCES VERBAL DE PREDARE – PRELUARE

A DOCUMENTELOR MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

ÎNCHEIAT ÎNTRE

Casa de Asigurări de Sănătate cu sediul

în municipiul/orașul, str.

nr., județul/sectorul, tel./fax,

reprezentată prin:

14

și

1. Furnizorul de servicii medicale 1, 2

Reprezentant legal

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna,

str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul

....., telefon

2. Dr. 3 angajat al Furnizorului de

servicii medicale

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna,

str. nr., bl., sc., et., ap.,

județul/sectorul, telefon

3. Asistent medical 4

Angajat al Furnizorului de servicii medicale

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna,

str. nr., bl., sc., et., ap.,

județul/sectorul, telefon

Au fost predate - preluate următoarele documente:

1. Registru de consultații în uz:Nr. buc.:.....

2. Fișe medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului / medicilor de familie:

Dr. Nr. buc.

Dr. Nr. buc.

3. Alte documente medicale:

..... Nr. buc.:

..... Nr. buc.:

..... Nr. buc.:

Notă:

1, 2 Pentru situațiile de încetare, reziliere a contractului/convenției sau deces al unui medic de familie angajat.

3 Pentru situațiile de excludere din contract/convenție a medicului de familie.

4 Pentru situațiile de deces al reprezentantului legal al furnizorului, în cazul cabinetelor medicale individuale.

Prezentul Proces-verbal a fost încheiat astăzi în

exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, cu respectarea prevederilor Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare și ale H.G. nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării

15 asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

Încheiat astăzi/2010.

Am predat, Am

preluat,

Reprezentant legal/Medic/Asistent medical Reprezentant CAS

(Nume și prenume) (Nume și prenume)

ANEXA nr. 2b

Furnizor de servicii medicale

Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a)

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal,

cunoscând ca falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că 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 2010 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de2

Subsemnatul3 (a).....

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând ca falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că 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 2010 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de4, pentru următorii medici de familie:

.....
.....
.....

Notă:

1 Pentru cabinetele medicale individuale

2, 4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior
16

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)

ANEXA 3

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală primară

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

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

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990
privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările
ulterioare, reprezentată
prin,

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

cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale

nr., sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu
tipurile de activități pe care solicită să le contracteze, după caz,

nr. (furnizorii organizați conform O.G. 124/1998 privind
organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări
prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de
înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare
și organizare), autorizație sanitară de funcționare nr. pentru cabinet/raportul de
inspecție nr. eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă
îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de
funcționare nr. pentru punctul secundar de lucru /raportul de inspecție nr.
eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor

17

igienico-sanitare prevăzute de lege, 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, 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, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a unității 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 valabile 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 angajat; lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale 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 precum și declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei/listelor la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punct de vedere al conformității și valabilității acesteia, lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

II. Obiectul contractului

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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 18

1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

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;

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;

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

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 2010,

aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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 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;
- 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr...../2010;
- 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 ;

19

- d) să informeze 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;
- e) să acorde furnizorilor 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;
- f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se va fi transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 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

beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, 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 publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor „per capita” și pe serviciu medical și numărul de puncte aferente, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de

sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita și pe serviciu medical - consultație, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale 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 Asiguraților 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 înscrși pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurații de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților 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 despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și

condițiile de a beneficia de aceste servicii în condițiile literei g, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și
20

fără contribuție personală, materiale sanitare, 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. 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.....;

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 - consultație în condițiile stabilite prin 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.....;

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

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) 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.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;
2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale 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 - această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; 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 prevăzute în pachetele de servicii medicale;;

3. 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,;

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

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

7. să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii 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

21

actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

8. să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat conform prevederilor legale în vigoare;

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 sau la externarea din spital, precum și medicul de medicina muncii. este obligat să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

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;

10. să utilizeze formularul 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 prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

12. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

13. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

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, 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 CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din

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,

15. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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;

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;

18a. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate,

în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program

asumat prin prezentul contract; formularul de program se avizează pentru conformitate de către ei de sănătate publică se

depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

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 condiții pe durata derulării contractelor;

20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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;

22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

23. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

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;

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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....;

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;

27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

28. să asigure acordarea asistenței medicale necesare 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 CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, 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;

23

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;

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;

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

32. să întocmească 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 cărui urmează să i se adreseze;

33. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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 efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.

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.... și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/ medicilor din contractul/convenția încheiat cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din contract/convenție. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoștința comisiei constituită conform prevederilor legale în vigoare.

Excepție fac situațiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

38 să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin 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..... -

24

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.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

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

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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

1.2. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

.....:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 30 din Contractulcadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., 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 anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 4,5 lei.

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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

- medic primar%

- medic care nu a promovat un examen de specialitate%

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:

25

Nr. puncte per capita de decontat =

2200

= număr de puncte realizate x -----

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:

Nr. puncte per capita de decontat =

2200

= număr de puncte realizate x -----

Număr persoane înscrise

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

Nr. puncte per capita de decontat =

(număr înscriși – 2.200)

= număr de puncte realizate x ----- x 0,5

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:

Nr. puncte per capita de decontat =

2200

= număr de puncte realizate x -----

Număr persoane înscrise

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

Nr. puncte per capita de decontat =

(4.000 – 2.200)

= număr de puncte realizate x ----- x 0,5

Număr persoane înscrise

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

Nr. puncte per capita de decontat =

2200

= număr de puncte realizate x -----

Număr persoane înscrise

26

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

Nr. puncte per capita de decontat =

(număr înscriși – 2.200)

= număr de puncte realizate x ----- x 0,5

Număr persoane înscrise

2. Plata prin tarif pe serviciu medical - consultație, 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 anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

2.1. Plata pe serviciu medical – consultație 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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 0,9 lei.

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

Nume Prenume

Cod numeric personal

2.

.....

b) Medic de familie

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

27

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

Nume Prenume

Cod numeric personal

2.

.....

c)

.....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita" respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical - consultație, pe baza documentelor

necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară ,depusă lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate,la data de.....

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

(3) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..... se diminuează în cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, 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 pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate , după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 37 se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 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:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

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

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (3) și alin. (4) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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 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.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

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 calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o

perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

29

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

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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 10,11, 13,19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39 precum și constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform prezentului contract în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

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, iar 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;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 6, 8, 12, 15, 16, 17, 18a, 20, 22, 23, 24, 27, 32

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7, pct. 7 și 30 din prezentul contract;

j) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin.(3) și (4) pentru fiecare situație

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 actele 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.

ART. 14 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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;

- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) 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;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.
- h) în cazul în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv cu mai mult de 20% din numărul minim stabilit pe localitate/zona de către comisia constituită conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., pentru situațiile în care se justifică această decizie.

30

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior;

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 lit. b), c), f), g), h) 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

lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile înainte a datei de la care se dorește încetarea contractului.

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.

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 Valorile definitive ale punctului "per capita" și pe serviciu – consultație sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

ART. 20 (1) 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 putință spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului. Sumele se retin pina la maxim 1/3 din factura.

31

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 înainte a datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de arbitraj

sau, după caz, a instanțelor de judecată.

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

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 4

- model -

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE INLOCUIRE*)

32

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

I. Părțile convenției de inlocuire:

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 fiscala-cod unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit

(numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor,

(numele și prenumele)

Codul de parafă.....

Codul numeric personal.....

cu Licența de înlocuire temporara ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

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

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 inlocuitor

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

33

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie inlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical-consultatie 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.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

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

.....

.....

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.

ANEXA 5

- model -

CONVENȚIE DE INLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

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

pentru

Medicul înlocuit

(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 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)

34

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 lehuzie
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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, 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.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu-consultatie aferente perioadei de absență se

virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca

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

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

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

35

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Medicul înlocuitor,
Președinte - director general,

.....

Director executiv al Direcției economice De acord,
..... Reprezentant legal al
cabinetului medical**))

.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat

Juridic, contencios

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.

**) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

CONVENȚIE DE FURNIZARE

de servicii medicale in asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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, cu
certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau

actul de înființare sau organizare, în concordanță cu tipurile de activități pe care solicita **sa le contracteze**, după caz, nr. (furnizorii organizați conform O.G. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare pentru cabinet nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de funcționare pentru punctul de lucru secundar nr., 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**, 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 atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, dovada de evaluare a unității sanitare nr., valabilă la data încheierii convenției, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată

36
perioada derulării convenției, 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 Romania pentru fiecare medic și autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului, copie de pe dovada gradului profesional pentru medici, copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, copie de pe actul de identitate al reprezentantului legal, al medicilor și asistenților medicali, programul de activitate (pentru medici, personal medico-sanitar, cabinet, punct de lucru, după caz).**

II. Obiectul convenției

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 anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

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 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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

IV. Durata convenției

ART. 3 Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie 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 casei de asigurări de sănătate, lista 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;
 - b) să deconteze medicilor de familie nou veniți , 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.
 - c) să informeze 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
- 37
- d) să acorde furnizorilor 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;
 - e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca

urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorii 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;

g) să informeze asigurații despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, 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. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

i) 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.

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;

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.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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, aparținătorilor legali;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

38

6. să solicite asiguraților la înscrierea pe lista proprie documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

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 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 sau la externarea din spital, precum și medicul de medicina muncii, este obligat să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

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.

8. să utilizeze formularul 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 prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

10. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

11. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

12. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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;

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;

15. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a Municipiului București, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentei convenții; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției;

39

16. 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 condiții pe durata derulării contractelor;

17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

18. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare,

folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

20. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

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;

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 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr....

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;

24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune,;

25. să asigure acordarea asistenței medicale necesare 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 CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și 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;

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;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, 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, pentru cetățenii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul

40 comunității și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României;

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;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

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;;

31. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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.

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, aprobat prin H.G. nr. și să raporteze această evidență la casa de asigurări de

sănătate, atât la contractare - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

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 predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din convenție. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoștința comisiei constituită conform prevederilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

35. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin 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.

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

41

VI. Modalități de plată

ART. 6 Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

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

- a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr ...
- b) o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilită potrivit normelor.

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

a) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

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

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

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data depe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de.....

b) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

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

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

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data depe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de.....

c)

.....

Art 7 (1) Suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..... se diminuează în cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la

nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, 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:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care, în derularea convenției, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 30, 33, 35 se diminuează suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 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:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

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

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

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, 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 certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

43

Art. 11. Convenția de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenției de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului respectiv de la încetarea valabilității acesteia;
- e) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 5 pct. 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 29, 37 precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției acestora 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, iar 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;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 pct. 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 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;

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 actele 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.

k) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentei convenții , în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

ART. 12. Convenția încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

e) 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 44

30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

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

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

ART. 13 Convenția se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar respectiv a dovezii de evaluare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia / acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia / acestuia;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; 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.
- e) se retin maxim 1/3 din factura .

ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 lit. b), c), f), g), se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 12 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile 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 putința spiritului convenției.

Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare/documentului similar pe durata prezentei convenții, toate celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezenta convenție vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

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