ANEXA 1

**CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ŞI DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ**

**A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ**

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

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilactice;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

**1.1. Serviciile medicale curative**

**1.1.1.** Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

**1.1.1.1.** Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

**1.1.2.** Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a. anamneză, examenul clinic general;

b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c. manevre de mică chirurgie, după caz;

d. stabilirea conduitei terapeutice şi/sau recomandări igieno-dietetice, precum şi instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

**1.1.2.1.** Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultaţii. NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.1.2.2.** Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

**1.1.3.** Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a) supravegherea evoluţiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicaţiilor;

d) educaţia neasiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.

Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a – d prevăzute la 1.1.2.

**1.1.3.1.** Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/neasigurat se decontează o consultaţie pe lună.

NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.1.3.2.** Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

**1.1.4.** Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

**1.1.4.1.** Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordrate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, recomanadare de investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.1.4.2.** Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a. evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; recomandare pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFGe), albuminurie, determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), în funcţie de nivelul de risc; recomandare, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA ≥/= 180/110 mmHg;

- Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;

- Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ ≥/= 10 ani sau alt factor de risc adiţional;

- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);

- Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

- DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);

- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);

- Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

**1.1.4.3.** Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi recomandare pentru iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; recomandare pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor și prevenția exacerbărilor, declinul funcției pulmonare și a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al simptomelor astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezenţa simptomelor nocturne

4. limitarea activităţii datorată astmului

Astm bronşic controlat: Nici un criteriu

Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC - ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast

- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune

- incertitudine diagnostic.

**1.1.4.4.** Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; recomandare pentru tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului RFGe şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); recomandare pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) , examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 – A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

• A1- absentă sau ușor crescuta - <30 mg/g

• A2- microalbuminurie - 30–300 mg/g

• A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

• G1 - normal eRFG ≥ 90ml/min

• G2 - ușor scăzut eRFG 60–89ml/min

• G3a - ușor până la moderat scăzută eRFG 45–59ml/min

• G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30–44ml/min

• G4- sever scăzută eRFG eRFG 15–29ml/min

• G5 - Insuficiență renală eRFG <15ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

• Mic : G1 A1, G2 A1

• Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1

• Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1

• Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b. hematurie nonurologică

c. Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d. injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicaților BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului

mineral-osos)

Recomandarea pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienţii cu risc înalt - G3bA1, G3**a**A2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată. Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

**1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:**

**1.2.1.** Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a. creşterea şi dezvoltarea;

b. starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c. depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

**1.2.1.1.** Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului, - timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

• Hemoleucograma completă

• Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

• Calciu seric total

• Calciu ionic seric

• Fosfor

• Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv

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

• Proteine totale serice

• LDL colesterol

• Trigliceride serice

• Glicemie

• TGP

• TGO

• TSH

• FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

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

• LDL colesterol

• Trigliceride serice

• Glicemie

• TGP

• TGO

• TSH

• FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)

• VDRL sau RPR

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

• Hemoleucograma completă

• Feritină

**1.2.2.** Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

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

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate – la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere - la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultaţie.

**1.2.2.1.** În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi 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 evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.2.3.** Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

**1.2.3.1.** Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

**1.2.3.2.** Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultaţii/persoană/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

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

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe

• TGO

• TGP

•determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

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

• senologie imagistică

• examen Babes-Papanicolau la 2 ani

• VDRL sau RPR

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

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe

• PSA la bărbaţi

• TGO

• TGP

•determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

• senologie imagistică TSH şi FT4 la femei

**1.2.4.** Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

NOTA: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.2.4.1.** Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

**1.2.5**. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

**1.2.5.1.** Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe persoană.

**1.2.5.2.** Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;

- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;

- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);

- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);

- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);

- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice

- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);

- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);

- suplimentarea cu acid folic.

- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum);

evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

**1.2.6.** Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

**1.2.6.1.** Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.

**1.2.6.2** Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și recomandare de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani şi peste. Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**1.2.7**. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

**1.2.7.1.** Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.

**1.2.7.2.** Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă): evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe

• examinare DXA

• PSA la bărbaţi

• TGO

• TGP

• determinarea raportului albumină/creatinină urinară

• senologie imagistică,

• examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH şi FT4 la femei

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate în urma consultațiilor preventive.

**1.2.8**. Pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) şi/sau

b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) şi/sau

c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Naţional de Diabet Zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este >/= 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

**1.2.9.** Pentru persoanele cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) și determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 și A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

**1.3.** Consultaţiile la domiciliu

**1.3.1.** Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

**1.3.2.** Consultaţiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

**1.3.3**. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

**1.3.4.** Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/ persoană neasigurată şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

**1.3.5.** Consultaţiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele și prenumele, persoanei neasigurate sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

**1.4.** **Serviciile diagnostice şi terapeutice** - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanelor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire serviciu** |
| 1. | Spirometrie\*3) |
| 2. | Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore\*3) |
| 3. | Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ\*3) |
| 4. | Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei\*3) |
| 5. | Tuşeu rectal |
| 6. | Tamponament anterior epistaxis\*2), \*4) |
| 7. | Extracţie corp străin din fosele nazale\*2), \*4) |
| 8. | Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen |
| 9. | Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)\*3) |
| 10. | Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie |
| 11. | Sondaj vezical\*2) |
| 12. | Imobilizare entorsă\*2), \*4) |
| 13. | Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)\*1), \*2), \*4) |
| 14. | Supraveghere travaliu fără naştere\*2), \*4) \*5) |
| 15. | Naştere precipitata\*2), \*4)\*5) |
| 16. | Testul monofilamentului |
| 17. | Peakflowmetria\*3) |
| 18. | Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia)\*2), \*4) |
| 19. | Pansamente, suprimat fire\*1) |
| 20. | Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor\*2), \*4) |
| 21. | Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina |
| 22. | Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză |
| 23. | Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase \*2), \*4) |
| 24. | Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații \*1), \*2), \*4) |
| 25. | Spălătură gastrică \*1), \*2), \*4) |

\*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.

\*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

\*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

\*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

\*5) Serviciile se acordă în situația în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistență medicală.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistența medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.

**1.5.** Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultaţie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

**1.6.** Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie, precum şi costurile altor activităţi de suport altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

**B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ**

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii medicale adiţionale, servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

**1.1.** Servicii medicale curative:

**1.1.1.** Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

**1.1.1.1.** Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

**1.1.2**. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a. anamneză, examenul clinic general;

b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c. recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;

d. manevre de mică chirurgie, după caz;

e. stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

f. bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

g. recomandare pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;

h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii şi preventorii, după caz;

i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar;

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

**1.1.2.1.** Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultaţii.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

**1.1.2.2.** Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

**1.1.3**. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a) supravegherea evoluţiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicaţiilor;

d) educaţia asiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.

Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a - j prevăzute la 1.1.2.

**1.1.3.1.** Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/asigurat se decontează o consultaţie pe lună.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care ii poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

**1.1.3.2.** Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

**1.1.4.** Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

**1.1.4.1.** Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

**1.1.4.2**. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG;

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată, albuminurie cu determinarea raport albumină/creatinină urinară, în funcţie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA **≥** 180/110 mmHg;

- Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;

- Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ **≥** 10 ani sau alt factor de risc adiţional;

- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);

- Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

- DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);

- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);

- Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

**1.1.4.3.** Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; trimitere pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor și prevenția exacerbărilor, declinul funcției pulmonare și a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezenţa simptomelor nocturne

4. limitarea activităţii datorată astmului

Astm bronşic controlat: Nici un criteriu

Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică - controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ţinta terapeutică - renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat, examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi, dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast

- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune

- incertitudine diagnostic.

**1.1.4.4.** Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, raport albumină/creatinină urinară de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală;

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară, examen sumar de urină; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 – A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

• A1- absentă sau ușor crescuta - <30 mg/g

• A2- microalbuminurie - 30–300 mg/g

• A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

• G1 - normal eRFG ≥ 90ml/min

• G2 - ușor scăzut eRFG 60–89ml/min

• G3a - ușor până la moderat scăzută eRFG 45–59ml/min

• G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30–44ml/min

• G4- sever scăzută eRFG eRFG 15–29ml/min

• G5 - Insuficiență renală eRFG <15ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

• Mic : G1 A1, G2 A1

• Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1

• Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1

• Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b. hematurie nonurologică

c. Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d. injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicaților BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului

mineral-osos)

Biletul de trimitere pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienţii cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză non-urologică, hipertensiune arterială necontrolată. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

**1.2**. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

**1.2.1.** Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a. creşterea şi dezvoltarea;

b. starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c. depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

**1.2.1.1.** Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului;

- timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;

- timpul mediu/consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive copiii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

• Hemoleucograma completă

• Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

• Calciu seric total

• Calciu ionic seric

• Fosfor

• Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv

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

• Proteine totale serice

• LDL colesterol

• Trigliceride serice

• Glicemie

• TGP

• TGO

• TSH

• FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

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

• LDL colesterol

• Trigliceride serice

• Glicemie

• TGP

• TGO

• TSH

• FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)

• VDRL sau RPR

Pentru screeningul anemiei:

• Hemoleucograma completă

• Feritină

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

**1.2.2**. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

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

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate – la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere – la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultaţie.

**1.2.2.1.** În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi 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 evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

**1.2.3.** Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - care nu sunt în evidența medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

**1.2.3.1.** Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

**1.2.3.2.** Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultaţii/asigurat/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

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

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe

• TGO

• TGP

•determinarea raportului albumină/creatinină urinară

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

• senologie imagistică

• examen Babes-Papanicolau la 2 ani

• VDRL sau RPR

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

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe

• PSA la bărbaţi

• TGO

• TGP

•determinarea raportului albumină/creatinină urinară

• senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice,TSH şi FT4 la femei

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

**1.2.4.** Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

**1.2.4.1.** Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

**1.2.5.** Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

**1.2.5.1.** Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

**1.2.5.2.** Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;

- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;

- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);

- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare ca de ex. diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);

- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);

- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice

- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);

- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);

- suplimentarea cu acid folic;

- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum);

evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

**1.2.6**. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

**1.2.6.1.** Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual.

**1.2.6.2.** Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani şi peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive, nu a efectuat aceste investigaţii.

**1.2.7.** Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

**1.2.7.1.** Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual.

**1.2.7.2.** Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă): evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

• Hemoleucogramă completă

• VSH

• Glicemie

• Colesterol seric total

• LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG

• examinare DXA

• PSA la bărbaţi

• TGO

• TGP

• determinarea raportului albumină/creatinină urinară

• senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH şi FT4 la femei

**1.2.8.** Pentru asiguraţii adulţi care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

NOTA 1. Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) şi/sau

b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) şi/sau

c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Naţional de Diabet Zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este >/= 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

**1.2.9**. Pentru asiguraţii adulţi, cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) și determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

NOTĂ Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 și A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

**1.3.** Consultaţiile la domiciliu

**1.3.1.** Se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

**1.3.2.** Consultaţiile la domiciliu se acordă asiguraţilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

**1.3.3.** Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

**1.3.4.** Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/asigurat şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

**1.3.5.** Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele, prenumele, asiguratului sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

**1.4.** Serviciile medicale adiţionale, serviciile diagnostice şi terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz.

**1.4.1.** Servicii medicale adiţionale acordate la nivelul cabinetului, în cadrul unui program de lucru la cabinet prelungit corespunzător: ecografia generală - abdomen şi pelvis.

Medicii de familie efectuează şi interpretează ecografiile numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale - abdomen şi pelvis numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen şi pelvis se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate şi acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

**1.4.2.** Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire serviciu** |
| 1. | Spirometrie\*3) |
| 2. | Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore\*3) |
| 3. | Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ\*3) |
| 4. | Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei\*3) |
| 5. | Tuşeu rectal |
| 6. | Tamponament anterior epistaxis\*2), \*4) |
| 7. | Extracţie corp străin din fosele nazale\*2), \*4) |
| 8. | Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen |
| 9. | Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)\*3) |
| 10. | Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie |
| 11. | Sondaj vezical\*2) |
| 12. | Imobilizare entorsă\*2), \*4) |
| 13. | Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltatii, proceduri de evacuare colecții purulente)\*1), \*2), \*4) |
| 14. | Supraveghere travaliu fără naştere\*2), \*4) \*5) |
| 15. | Naştere precipitata\*2), \*4)\*5) |
| 16. | Testul monofilamentului |
| 17. | Peakflowmetria\*3) |
| 18. | Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicaţia)\*2), \*4) |
| 19. | Pansamente, suprimat fire\*1) |
| 20. | Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor\*2), \*4) |
| 21. | Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină |
| 22. | Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză |
| 23. | Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase \*2), \*4) |
| 24. | Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații \*1), \*2), \*4) |
| 25. | Spălătură gastrică \*1), \*2), \*4) |

\*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.

\*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

\*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

\*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

\*5) Serviciile se acorda in situatia in care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistenta medicala.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenţei medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.

**1.5.** Activităţile de suport

Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:

a. certificat de concediu medical;

b. bilete de trimitere;

c. prescripţii medicale;

d. adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

e. acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile legii;

f. adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unităţile de învăţământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unităţile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna şi recreerea copiilor şi tinerilor, cu modificările ulterioare;

g. certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale;

h. fişa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilităţi pentru încadrarea şi reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei naţionale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale speciale;

i. adeverinţe încadrare în muncă pentru şomerii beneficiari ai pachetului de bază;

j. eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

k. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar.

NOTA 1: Activităţile de suport sunt consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

**1.6.** Servicii de administrare de medicamente

**1.6.1.** Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII.

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2.subpct.1.2.4. şi la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2. subpct. 1.2.4. din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

**ANEXA 2**

**MODALITĂŢILE DE PLATĂ**

**în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale**

ART. 1

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, şi plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă şi gen a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupa de vârstă** | **0 – 3 ani** | | **4 – 18 ani** | | **19 – 39 ani** | | **40 – 59 ani** | | **60 de ani şi peste** | |
| Gen | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Număr de puncte/ persoană/an | 13 | 13 | 8 | 8 | 3 | 4 | 7 | 8 | 11 | 11 |

NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 18 ani.

NOTA 2: În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - şi persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

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

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

Pentru medicii nou veniţi care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenţiei încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

3. Programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână. În situaţia în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu până la două ore zilnic şi/sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3), lit. b) cu asigurarea numărului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adiţional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puţin o oră pe zi.

Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului, fără ca numărul de ore de program de la punctul de lucru să îl depășească pe cel corespunzător normei de bază.

4. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 22,000puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

- cu 50% , când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;

b) Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4) şi (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (1) şi art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, chiar dacă la sfârşitul celor 6 luni, pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la art. 2 alin. alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus menţionat; Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relaţiei contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârşitul celor 6 luni. Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (1) şi art. 17 alin. (2) şi (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, la sfârşitul celor 6 luni, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului.

Prin excepție, pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o, în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depășește venitul calculat conform convenției; în caz contrar se prelungește durata de valabilitate a convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie.

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit în mediul urban are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la art. 2 alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat, venitul se stabileşte conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în unitatea administrativ-teritorială respectivă, inclusiv medicii care şi-au desfăşurat activitatea ca medici angajaţi într-un cabinet medical individual aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

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

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară din unități administrativ-teritoriale din mediul rural şi din mediul urban pentru oraşele cu un număr de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%. Pentru medicii nou veniți în unitatea administrativ-teritorială, cu cabinetele medicale situate în unități administrativ-teritoriale din mediul rural cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică doar procentul de majorare de 200%, fără a se aplica sporurile de 50%, respectiv 100%, prevăzute la art. 17 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat.

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia 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 şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, cu respectarea legislaţiei în vigoare.

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepţia consultaţiei la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 şi serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depăşesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. PACHET MINIMAL** |  |  |
| 1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate persoanelor cu vârsta 0 - 18 ani |  |  |
| a) - la externarea din maternitate  - la domiciliul copilului | 1 consultaţie la domiciliu/cabinet | 15 puncte/consultaţie/cabinet,  30 puncte/consultaţie/domiciliu  - cu durată estimată de 30 minute |
| b) - la 1 lună - la domiciliul copilului | 1 consultaţie la domiciliu/cabinet | 15 puncte/consultaţie/cabinet,  30 puncte/consultaţie/domiciliu  -cu durată estimată de 30 minute |
| c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni | 1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate | 15 puncte/consultaţie, cu durată estimată de 30 minute |
| d) - de la 4 ani la 18 ani | 1 consultaţie/an/ asigurat | 10 puncte/consultaţie |
| 2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuzei |  |  |
| a) luarea în evidenţă în primul trimestru; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz | 1 consultaţie | 10 puncte/consultaţie |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a; | 1 consultaţie pentru fiecare lună | 10 puncte/consultaţie |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; | 2 consultaţii pentru fiecare lună | 10 puncte/consultaţie |
| d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate |  |  |
| d1) la cabinet; | 1 consultaţie la domiciliu | 10 puncte/consultaţie |
| d2) la domiciliu; | 1 consultaţie la domiciliu | 30 puncte/consultaţie |
| e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naştere |  |  |
| e1) la cabinet; | 1 consultaţie la cabinet | 10 puncte/consultaţie |
| e2) la domiciliu; | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie |
| 3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic |  |  |
| a) persoane neasigurate cu vârsta între 18 şi 39 ani | 2 consultaţii/persoană pe an pentru completarea riscogramei | 10 puncte/consultaţie; Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| b) persoane neasigurate cu vârsta > 40 ani | 1 - 3 consultaţii/persoană/ pachet prevenţie anual; consultaţiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive; | Până la 30 puncte /pachet de prevenţie; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul pachetului;  Se raportează **si** se deconteaza fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată |
|  |  |  |
| b.1) consultație evaluare inițială | 1 consultație/pachet prevenție | 10 puncte/consultație |
| b.2) consultaţie pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile | 1 consultație /pachet prevenție | 10 puncte/consultație |
| b.3) consultație pentru monitorizare/control | 1 consultație /pachet prevenție | 10 puncte/consultație |
|  |  |  |
| 4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani | 2 consultații/pachet depistare precoce | 10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| 5. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani | 2 consultații/pachet depistare precoce | 10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| 6. Servicii medicale curative |  |  |
| a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice | 2 consultaţii/persoană/ episod | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| a1) Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță | 2 consultaţii/persoană/episod | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice – la cabinet | 1 consultație/persoană/lună | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| b1) Consultaţiile pentru afecţiunile cronice acordate la distanţă | 1 consultație/persoană/lună | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| c) Management de caz: |  |  |
| c.1) evaluarea iniţială a cazului nou |  |  |
| c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2 | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
| c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
| c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
|  | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ persoană - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3) |
| c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) | 2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz | 10 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90de zile;  O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz. |
| 7. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială | 2 consultaţii/persoană/an | 10 puncte/consultație/ persoană |
| 8. Urgență pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical | O consultație/persoană/situație de urgență | 5,5 puncte/consultație/ persoană/situație |
| 9. Supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic | 1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie | 5,5 puncte/consultație |
| 10. Servicii la domiciliu: |  |  |
| a) Urgenţă | 1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3). Se acordă 15 puncte/consultație și pentru consultația acordată la locul solicitării. |
| b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice | 2 consultaţii/episod | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| c) Boli cronice | 1 consultație/persoană/lună | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie |  |  |
| d.1) evaluarea iniţială a cazului nou |  |  |
| d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2 | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
| d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
| d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
|  | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3) |
| d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) | 2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz | 20 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării- management de caz;  - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90de zile;  - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz. |
| e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces | 1 examinare la domiciliu | 15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3). |
| 11. Administrare schema tratament direct observat (DOT)pentru bolnavul TBC confirmat | conform schemei stabilite de către medicul pneumolog | 40 de puncte/ lună /persoană cu condiția realizării schemei complete de tratament |
| 12. Confirmare caz oncologic | pentru fiecare caz suspicionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar | 15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea |
| 13. Servicii medicale diagnostice și terapeutice: | Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2). |  |
| a) Spirometrie |  | 5 puncte/serviciu |
| b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore |  | 10 puncte/serviciu |
| c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braţ |  | 5 puncte/serviciu |
| d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei |  | 5 puncte/serviciu |
| e) Tuşeu rectal |  | 5 puncte/serviciu |
| f) Tamponament anterior epistaxis |  | 8 puncte/serviciu |
| g) Extracţie corp străin din fosele nazale |  | 8 puncte/serviciu |
| h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen |  | 8 puncte/serviciu |
| i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia) |  | 4 puncte/şedinţă |
| j)Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie |  | 10puncte/serviciu |
| k)Sondaj vezical |  | 10 puncte/serviciu |
| l) Imobilizare entorsă |  | 8 puncte/serviciu |
| m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente ) |  | 10 puncte/serviciu |
| n) Supraveghere travaliu fără naștere |  | 50 puncte/serviciu |
| o) Naștere precipitată |  | 100 puncte/serviciu |
| p) Testul monofilamentului |  | 5 puncte/serviciu |
| q) Peakflowmetrie |  | 5 puncte/serviciu |
| r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia) |  | 3 puncte/serviciu |
| s) Pansamente, suprimat fire |  | 5 puncte/serviciu |
| ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor |  | 5puncte/serviciu |
| t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină |  | 5 puncte/serviciu |
| ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză |  | 3 puncte/serviciu |
| u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase |  | 6 puncte/serviciu |
| v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații |  | 10 puncte/serviciu |
| x) Spălătură gastrică |  | 10 puncte/serviciu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A. PACHET DE BAZĂ** | |  |  |
| 1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate asiguraţilor cu vârsta 0 - 18 ani | |  |  |
| a) - la externarea din maternitate  - la domiciliul copilului | | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie/cabinet,  30 puncte/consultaţie/domiciliu  - cu durată estimată de 30 minute |
| b) - la 1 lună - la domiciliul copilului | | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie/cabinet,  30 puncte/consultaţie/domiciliu  - cu durată estimată de 30 minute |
| c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni | | 1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate | 15 puncte/consultaţie, care durează 30 minute |
| d) - de la 4 ani la 18 ani | | 1 consultaţie/an/ asigurat | 10 puncte/consultaţie |
| 2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuzei | |  |  |
| a) luarea în evidenţă în primul trimestru; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz | | 1 consultaţie | 10 puncte/consultaţie |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a; | | 1 consultaţie pentru fiecare lună | 10 puncte/consultaţie |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; | | 2 consultaţii pentru fiecare lună | 10 puncte/consultaţie |
| d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate | |  |  |
| d1) la cabinet; | | 1 consultaţie la cabinet | 10 puncte/consultaţie |
| d2) la domiciliu; | | 1 consultaţie la domiciliu | 30 puncte/consultaţie |
| e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naştere | |  |  |
| e1) la cabinet; | | 1 consultaţie la cabinet | 10 puncte/consultaţie |
| e2) la domiciliu; | | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie |
| 3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic | |  |  |
| a) persoane asigurate cu vârsta între 18 şi 39 ani | | 2 consultaţii/asigurat o dată pe an pentru completarea riscogramei | 10 puncte/consultaţie. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| b) persoane asigurate cu vârsta > 40 ani | | 1 - 3 consultaţii/asigurat/ pachet prevenţie anual; consultaţiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive; | Până la 30 puncte /pachet de prevenţie; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul pachetului;  Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată |
|  | |  |  |
| b.1) consultație evaluare inițială | | 1 consultație/pachet prevenție | 10 puncte/consultație |
| b.2) consultaţie pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile | | 1 consultație /pachet prevenție | 10 puncte/ședință, consultație |
| b.3) consultație pentru monitorizare/control | | 1 consultație /pachet prevenție | 10 puncte/consultație |
| 4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani | | 2 consultații/pachet depistare precoce | 10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| 5. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani | | 2 consultații/pachet depistare precoce | 10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie. |
| 6. Servicii medicale curative | |  |  |
| a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice | | 2 consultaţii/asigurat/ episod | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| a1) Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță | | 2 consultaţii/asigurat/ episod | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice – la cabinet | | 1 consultație/asigurat/lună | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| c) Management de caz: | |  |  |
| c.1) evaluarea iniţială a cazului nou | |  |  |
| c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2 | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
| c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
| c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultație în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; |
|  | | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3) |
| c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) | | 2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz | 10 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90de zile;  O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz. |
| 7. Servicii la domiciliu: | |  |  |
| a) Urgenţă | | 1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice | | 2 consultaţii/episod | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| c) Boli cronice | | 1 consultație/asigurat/lună | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
| d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie | |  |  |
| d.1) evaluarea iniţială a cazului nou | |  |  |
| d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2 | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
| d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
| d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi | | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
|  | | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3) |
| d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) | | 2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz | 20 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării- management de caz;  - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90de zile;  - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz. |
| e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces | | 1 examinare la domiciliu | 15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3). |
| 8. Administrare schema tratament direct observat (DOT)pentru bolnavul TBC confirmat | | conform schemei stabilite de către medicul pneumolog | 40 de puncte/ lună / asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament |
| 9. Confirmare caz oncologic | | pentru fiecare caz suspicionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar | 15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea |
| 10. Servicii medicale diagnostice și terapeutice: | | Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2). |  |
| a) Spirometrie | |  | 5 puncte/serviciu |
| b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore | |  | 10 puncte/serviciu |
| c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braţ | |  | 5 puncte/serviciu |
| d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei | |  | 5 puncte/serviciu |
| e) Tuşeu rectal | |  | 5 puncte/serviciu |
| f) Tamponament anterior epistaxis | |  | 8 puncte/serviciu |
| g) Extracţie corp străin din fosele nazale | |  | 8 puncte/serviciu |
| h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen | |  | 8 puncte/serviciu |
| i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia) | |  | 4 puncte/şedinţă |
| j)Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie | |  | 10puncte/serviciu |
| k)Sondaj vezical | |  | 10 puncte/serviciu |
| l) Imobilizare entorsă | |  | 8 puncte/serviciu |
| m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente ) | |  | 10 puncte/serviciu |
| n) Supraveghere travaliu fără naștere | |  | 50 puncte/serviciu |
| o) Naștere precipitată | |  | 100 puncte/serviciu |
| p) Testul monofilamentului | |  | 5 puncte/serviciu |
| q) Peakflowmetrie | |  | 5 puncte/serviciu |
| r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia) |  | | 3 puncte/serviciu |
| s) Pansamente, suprimat fire |  | | 5 puncte/serviciu |
| ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor |  | | 5puncte/serviciu |
| t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină |  | | 5 puncte/serviciu |
| ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză |  | | 3 puncte/serviciu |
| u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase |  | | 6 puncte/serviciu |
| v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații |  | | 10 puncte/serviciu |
| x) Spălătură gastrică |  | | 10 puncte/serviciu |

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%. Pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

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

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

b) Numărul total de puncte decontat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână nu poate depăşi pentru activitatea desfăşurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultaţie în cabinet este de 15 minute;

- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3;

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

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

c) Toate serviciile cuprinse la litera A şi serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.6, 1.2.7, 1.6.2 şi 1.5 pentru consultaţia cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1 şi 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspicionat de medicul de familie şi confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical. Punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice prevăzute în anexa 1, litera B subpunctul 1.4.2., intră în plata pe serviciu medical.

Lunar, odată cu raportarea activităţii lunii anterioare realizate pentru asigurați, furnizorii raportează distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cuprinse la litera A din anexa nr. 1 la ordin, pentru care țin evidențe distincte.

ART. 3

(1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate fac demersurile necesare în vederea identificării unui medic înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară/contract în derulare, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care preluarea activităţii se face de către medici aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcţie de necesităţi.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, concediul pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani, vacanţă, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate, precum şi la următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, participare la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună/transmită (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici cu contract în derulare, cu condiţia ca medicul înlocuitor să-şi desfăşoare activitatea în aceeaşi localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în funcţie de necesităţi. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate/medicul de familie înlocuit va depune/transmite (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate conform modelului prevăzut în anexa 4 la ordin şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare pe an calendaristic.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract al cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

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

(7) Pentru situaţiile în care, pentru perioada de vacanţă, medicul de familie nu încheie convenţie de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

a) consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;

b) consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice;

c) consultaţii pentru afecţiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (7) medicul are obligaţia să afişeze la cabinet, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta şi datele de contact ale acestora.

(9) Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC confirmaţi, în situaţiile prevăzute la alin. (7), precum şi pentru celelalte perioade de absenţă, medicul de familie îndrumă pacientul către dispensarul TBC teritorial şi anunţă în prealabil dispensarul cu privire la aceste cazuri; în luna respectivă casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciul de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC.

ART. 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire. Pentru situaţiile de reciprocitate între medici, aceştia încheie o convenţie de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

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

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5

(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă proprie de persoane înscrise şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată şi prescripţiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 6

(1) Fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare, are următoarea structură la nivel naţional, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct "per capita" şi a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

2.2 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%.

3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%.

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1 % din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1-3.

5. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

a) 35 % pentru plata per capita;

b) 65 % pentru plata pe serviciu medical

(2) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu valabile pentru anul 2023, fondul aprobat pentru semestrul II al anului 2023 aferent asistenţei medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1.1 suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban, în baza convenției, formată din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

1.2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 1.1 la care se adaugă un spor de 50%.

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 1.1 la care se adaugă un spor de 100%.

3. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 şi sumele prevăzute la pct. 1 și 2, care se repartizează astfel:

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

2.2 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%.

3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%.

4. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la pct. 1-3, care se repartizează astfel:

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

ART. 7

(1) Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.

(2) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusivpentru plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

(3) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2).

ART. 8

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată asiguraților se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numărului de puncte pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, cu valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical .

(2) Suma cuvenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată persoanelor neasigurate se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numărului de puncte pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

ART. 9

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

Medicul de familie va primi un desfășurător pentru aceste sume, care va conține detaliile serviciilor pentru care există diferențe bănești și pentru care se face regularizarea.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului per capita şi/sau a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a produs eroarea. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleaşi condiţii cu cele din cursul anului curent.

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

ART. 10

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

ART. 11

    (1) Începând cu anul 2025 se realizează plata în funcție de performanță a medicilor de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate, pentru activitatea realizată în anul anterior, între data de 1 ianuarie sau, după caz, data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate și data de 31 decembrie, respectiv data încetării contractului cu casa de asigurări de sănătate.

    (2) Plata în funcție de performanță se realizează anual, în trimestrul I al anului următor celui pentru care se măsoară gradul de realizare al indicatorilor de performanță, în limita fondului destinat plății în funcție de performanță.

    (3) Medicii de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate care au îndeplinit indicatorii de performanță stabiliți pentru serviciile acordate în anul precedent, primesc o bonificație după cum urmează:

a) Pentru un număr de minim 1.000 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist pentru copiii ce nu erau în evidența medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 14.000 lei;

b) Pentru un număr între 800 și 999 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidența medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 9.600 lei;

c) Pentru un număr între 600 și 799 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani, înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidența medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 6.000 lei.

    (4) Valoarea bonusului acordat potrivit alin. (3), se ajustează proporțional astfel încât plata în funcție de performanță să se încadreze în fondul destinat acestei plăți, astfel cum este prevăzut la art. 6.

    (5) În situația în care rămân sume neconsumate după plata bonificațiilor către medicii care au îndeplinit indicatorii de performanță, acestea se pot utiliza potrivit art. 15 alin. (4).

ART. 12

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

(2) Pentru situaţiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă, e-mail, fax, prin persoana care se transferă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală în copie certificată prin semnătură şi parafă că este conform cu originalul, prin poştă, e-mail, fax/prin persoană, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fişei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 13

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 14

În aplicarea art. 19 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat şi prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, ecografiile generale (abdomen şi pelvis) la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat nu poate depăşi 3 investigaţii pe oră, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate.

La calculul punctajului serviciilor diagnostice şi terapeutice se au în vedere atât serviciile acordate la nivelul cabinetului, cât şi cele acordate la domiciliu sau la locul solicitării, în cadrul pachetului minimal de servicii şi pachetului de servicii de bază. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe săptămână, numărul total de puncte decontat pentru consultaţiile, serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate în cabinet sau la domiciliu nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi îi corespunde un număr de 20 de consultaţii în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultaţie = 15 minute);

b) punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice decontate nu poate depăşi 16 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 5 ore în medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate, în medie pe zi este de 20 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru;

c) în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 20 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este de 20 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 24 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 24 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este 24 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 28 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 28 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 40 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este de 28 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 32 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 32 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte;

d) prin excepţie de la prevederile lit. a) - c), în trimestrul IV, numărul de consultaţii şi punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate în medie pe zi, raportat la programul de lucru al unui medic la cabinet, prevăzute la lit. a) - c), se calculează la nivelul fiecărei luni.

(3) Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice se efectuează în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi art. 15 alin. (2) din prezenta anexă.

(4) Consultațiile acordate asiguraţilor prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, şi 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate de medicii de familie în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie. Consultațiile realizate și raportate peste numărul maxim de 40 de consultații/zi, nu se iau în calcul pentru plata activității medicilor de familie din sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului.

(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi alin. (1) ale prezentului articol, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

(6) Prin exceptie, în anul 2023, consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, şi 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraţilor de medicii de familie în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie. Consultațiile realizate și raportate peste numărul maxim de 40 de consultații/zi, nu se iau în calcul pentru plata activității medicilor de familie din sumele rămase neconsumate în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023.

(7) Prin excepție de la alin. (6), serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 iulie 2023 care depăşesc limitele stabilite prin norme, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (5) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului 2023.

ANEXA 2 A

**I. CERERE DE ÎNSCRIERE**

**- model -**

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIZAT\*),

Unitatea sanitară ...........................

CUI .........................................

Sediu (localitate, str. nr.) ..........................................

Casa de Asigurări de Sănătate ...............

Nr. contract/convenţie ......................

Medic de familie ............................

(semnătură şi parafă)

**Domnule/Doamnă Doctor**,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cetăţenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

C.N.P. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/cod unic de asigurare

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, data naşterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_, bl. \_\_\_, sc. \_\_, ap. \_\_\_, jud./sector \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, act de identitate \_\_\_\_\_, seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră.

Declar pe propria răspundere \_

că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. |\_|

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

**Data: / / Semnătura:**

------------

\*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

**II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER**

**- model -**

Nr. înregistrare ............../.................... VIZAT\*),

Unitatea sanitară ..................................

CUI ................................................

Sediu (localitate, str. nr.) .......................

Casa de Asigurări de Sănătate ......................

Nr. contract/convenţie .............................

Medic de familie ...................................

(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a), ..........., cetăţenie ........, C.N.P. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/cod unic de asigurare |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, data naşterii ......., domiciliat(ă) în .................. str. ................... nr. .., bl. ..., sc. .., ap. .., judeţul/sectorul .............., act de identitate ...., seria ............ nr. ..., eliberat de ..................... la data ........., telefon ..............., solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie ................. din unitatea sanitară ..........................., str. ......... nr. ...., judeţul/sectorul ............, e-mail ................., fax ...................

Declar pe propria răspundere:\*\*)

\_

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice |\_|

de la ultima înscriere.

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

\_

• a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) |\_|

\_

• medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu |\_|

casa de asigurări de sănătate/contractul medicului de familie a

fost suspendat

\_

• a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia |\_|

sunt înscris(ă)

\_

• mi-am schimbat domiciliul din localitatea .................., |\_|

judeţul ........, în localitatea ........, judeţul ...........

\_

• a survenit încetarea arestului preventiv |\_|

\_

• a survenit înlocuirea arestului preventiv |\_|

cu arest la domiciliu sau control judiciar

\_

• a survenit încetarea pedepsei privative de libertate |\_|

\_

• mă aflu în perioada de amânare sau de întrerupere a |\_|

executării unei pedepse privative de libertate

\_

• mă aflu în arest la domiciliu |\_|

\_

• situaţie generată de specificul activităţii |\_|

personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranţei

naţionale şi autorităţii judecătoreşti care se deplasează în

interes de serviciu

\_

• medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/ |\_|

muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul

sistemului apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi

autorităţii judecătoreşti

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

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

Data: ............../.............../ Semnătura:

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

*------------*

\*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

\*\*) Se bifează una dintre situaţiile în care se află persoana care solicită înscrierea prin transfer.

**ANEXA 2 B**

**A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ŞI SEX**

Consultaţiile preventive sunt consultaţii periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani şi au ca scop identificarea şi intervenţia în tulburările de creştere şi dezvoltare şi în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

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

**a. Consultaţia preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate şi la 1 lună**

**a1. - la externarea din maternitate:**

• înregistrare, luare în evidenţă pentru probleme depistate la naştere;

• examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

• evaluarea alimentaţiei, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă;

• evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări;

• verificarea efectuării în maternitate a vaccinurilor și screeningurilor neonatale;

• profilaxia rahitismului;

• consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie);

• consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;

• sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă; consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

**a2. - la 1 lună:**

• măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferinţa craniană - consemnare în graficele de creştere;

• examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

• evaluare alimentaţie, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă;

• evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări;

• profilaxia rahitismului;

• consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie);

• consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;

• sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă;

• consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

**b. Consultaţia preventivă a sugarului la vârsta de 2 şi 4 luni** cuprinde aceleaşi examinări ca la consultaţia de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

• consemnare lungime şi greutate pe graficele de creştere corespunzătoare şi interpretarea tendinţelor după scorul z (velocitatea creşterii);

• consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;

* screening malformatii cardiovasculare;
* screening displazie dezvoltare a șoldului;

• evaluarea practicilor nutriţionale, întărirea mesajelor privind alăptarea şi îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor şi recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutatea la naştere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.

**c. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 şi 18 luni** cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca şi consultaţia la 2 şi 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

• evaluare şi consiliere privind alimentaţia complementară (grafic şi tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);

• continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani;

• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutate la naştere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni;

• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutate la naştere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni;

• evaluarea dezvoltării dentiţiei, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;

• evaluare socio-emoţională;

• evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică;

* screeningul tulburărilor de auz;
* screeningul tulburărilor de vedere;

• sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile frecvente la aceste vârste;

• la copii de 12, 15 şi 18 luni se vor identifica eventuale deficienţe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Întrebări adresate părintelui: | Da | Nu | Uneori |
| Copilul dvs vă priveşte în ochi când vorbiţi cu el? | 0 | 2 | 1 |
| V-aţi gândit că nu aude normal? | 2 | 0 | 1 |
| Copilul dvs este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit? | 2 | 0 | 1 |
| Întinde mâinile să fie luat în braţe? | 0 | 2 | 1 |
| Se opune când este luat în braţe de dvs? | 2 | 0 | 1 |
| Participă la jocul "cucu-bau"? | 0 | 2 | 1 |
| Zâmbeşte când dvs îi zâmbiţi? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Foloseşte cuvântul "mama" când vă strigă? | 0 | 2 | 1 |
| Poate să stea singur în pătuţ când este treaz? | 2 | 0 | 1 |
| Reacţionează întotdeauna când este strigat pe nume?/  Întoarce capul când este strigat? | 0 | 2 | 1 |
| Observaţiile medicului de familie |  |  |  |
| Evită privirea directă/Nu susţine contactul vizual | 1 | 0 | - |
| Evidentă lipsă de interes pentru persoane | 1 | 0 | - |
| După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, ţopăie, merge pe vârfuri, se învârte în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.) | 1 | 0 | - |

**Scor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scor | Punctaj | Nivel de risc | Recomandări |
| Scor | 0 - 6 | Risc minim | Reevaluare peste 3 luni |
| Scor | 7 - 9 | Risc mediu | Reevaluare peste 3 luni |
| Scor | 10 - 18 | Risc sever | Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/ neuropsihiatrie pediatrică |

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menţionată de către părintele/aparţinătorul/tutorele legal al copilului şi completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârşitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor şi bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

În cazul în care copilul evidenţiază un risc mediu sever, medicul explică părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă şi stabilirea terapiei comportamentale şi/sau medicamentoase.

**d. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani şi 5 ani** şi cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:

• evaluarea practicilor nutriţionale (anamneză nutriţională adresată părinţilor) şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos al întregii familii;

• continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);

• evaluarea dentiţiei şi igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;

• evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică;

• evaluare şi consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoţională;

• screening-ul tulburărilor de vedere şi măsurarea TA (cel puţin o dată în interval);

• sfaturi de conduită date mamelor şi familiei pentru situaţii frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile obişnuite vârstei, recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

• revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului şi completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;

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

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

În cadrul consultaţiilor preventive, copiii beneficiază de investigaţiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii.

**e. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani şi 9 ani**, cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

• screening-ul obezităţii prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC);

• evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;

• mesaje de consiliere ţintite pentru copii privind stilul de viaţă sănătos (activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, uzul de substanţe);

• examenul de bilanţ fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fişei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată;

• screeningul tulburari de creștere/tulburari de statica vertebrală;

La copii, începând cu vârsta de 6 ani se vor identifica eventuale tulburări de statică vertebrală, prin investigarea deviațiilor și dezechilibrelor coloanei, completând următorul chestionar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nume |  | |
| 2 | Prenume |  | |
| 3 | Vârsta |  | |
| 4 | Sex |  | |
| 5 | Adresa |  | |
|  |  | DA NU | |
| 6 | Deviație coloană în plan frontal |  |  |
| 7 | Deviație coloană în plan sagital |  |  |
| 8 | Dezechilibru humeral |  |  |
| 9 | Dezechilibrude bazin |  |  |
| 10 | Gibbus |  |  |

Medicul de familie investighează toate tulburările de la subpunctele 6-10. În cazul răspunsului cu ,,DA” la oricare dintre subpuncte, medicul de familie prezintă părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară, respectiv trimiterea pacientului la Ortopedie Pediatrică pentru acordarea unei consultații de specialitate

În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. b) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

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

• consiliere şi screening BTS, la cei cu comportament la risc;

• recomandare VDRL sau RPR;

• screening-ul depresiei;

• informarea fetelor şi părinţilor privind beneficiile vaccinării opţionale anti-HPV/indicaţie vaccinare HPV;

• consiliere privind stilul de viaţă sănătos: activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violenţă;

• consiliere pentru planificare familială (adolescenţi care au început viaţa sexuală);

* consiliere ţintită pentru copii privind stilul de viata sănătos (uzul de substanţe);
* depistarea copiilor cu antecedente familiale de depresie, autovătămare deliberată, afecțiuni de sănătate mintală comorbide sau afecțiuni medicale cronice, experiența unui eveniment negativ major (inclusiv hărțuirea) în vederea intervenției precoce cu preîntâmpinarea unor comportamente dăunătoare sănătății.

În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. c) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. c) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

**B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULŢI ASIMPTOMATICI**

Consultaţia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice, are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate afecţiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

**B1. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 şi 39 ani**

În cadrul consultaţiilor preventive adulții asimptomatici, cu factori de risc modificabili, beneficiază de trimitere pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. a), b) și d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a), b) și e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, şi nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament şi LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.

Riscograma va cuprinde următoarele:

**a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)**

Consemnarea statusului curent privind:

• fumatul (pachete/an);

• consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;

• activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

* consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);
* evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

**b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:**

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

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

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tensiune arterială sistolică (mmHg) |  |  | Nefumător | | | | |  | Fumător | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 180 | d | d | d | c | c |  | c | c | c | b | b |  |  |
|  | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |  | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 |  |  |
|  | 160 | e | d | d | d | d |  | d | c | c | c | c |  | (C) 2007 ESC |
|  | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |
|  | 140 | f | e | e | e | d |  | d | d | d | c | c |  |  |
|  | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |  | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
|  | 120 | f | f | f | e | e |  | e | e | d | d | d |  |  |
|  | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |  | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 |  |  |
|  |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Colesterol (mmol/l) | | | | | | | | |  |  |  |

b - roşu închis

c - roşu

d - portocaliu

e - galben

f - verde

NOTĂ: Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulţi asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular inclusiv persoanele cu următoarele afecţiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

**c. Evaluarea Riscului Oncologic**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.);

• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:

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

**d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;

- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);

- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);

- de insuficienţă renală acută în antecedente

• Nivel socio-economic scăzut

• Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb

* Obezitate
* Fumat

2. Rezultatul la investigațiile paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

**e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală**

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

**e.1.** Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale şi heredocolaterale de adicţie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

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

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

**Întrebări:**

**1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?**

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte

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

**2. Câte băuturi standard\*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?**

a. una sau două - 0 puncte

b. trei sau patru - l punct

c. cinci sau şase - 2 puncte

d. şapte sau nouă - 3 puncte

e. zece sau mai mult - 4 puncte

------------

\*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml

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

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. lunar - 2 puncte

d. săptămânal - 3 puncte

e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

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

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

**Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei**

\_ \_

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru |\_| DA |\_| NU

activităţile obişnuite în ultima lună?

\_ \_

2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat |\_| DA |\_| NU

în ultima lună?

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

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.

3. Intervenţii asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;

- Selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

**f. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii**

f.1. Obiective:

• evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);

• planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);

• evitarea riscurilor de infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt.

f.2. În riscogramă vor fi consemnate:

• la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie;

• femei şi bărbaţi de toate vârstele: statusul privind situaţia de cuplu (partener stabil, partener nou, relaţii multiple).

f.3. Intervenţie asupra riscurilor:

• femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate şi nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină;

• consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

**g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;

* expunerea prelungita la radiatiile solare;
* istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;
* istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
* mai mult de 50 de aluniţe pe corp;
* mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);
* culoarea deschisa a pielii;
* culoarea deschisa a ochilor;
* părul blond sau roscat.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

**B.2. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste**

În cadrul consultaţiilor preventive adulții asimptomatici care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice, cu factori de risc modificabili, beneficiază de trimitere pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. c) și d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B nota 1 lit. c) și e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, şi nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii.

**a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)**

• consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);

- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2;

- activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

* consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);
* evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

**b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:**

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi):

- Persoane >/= 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

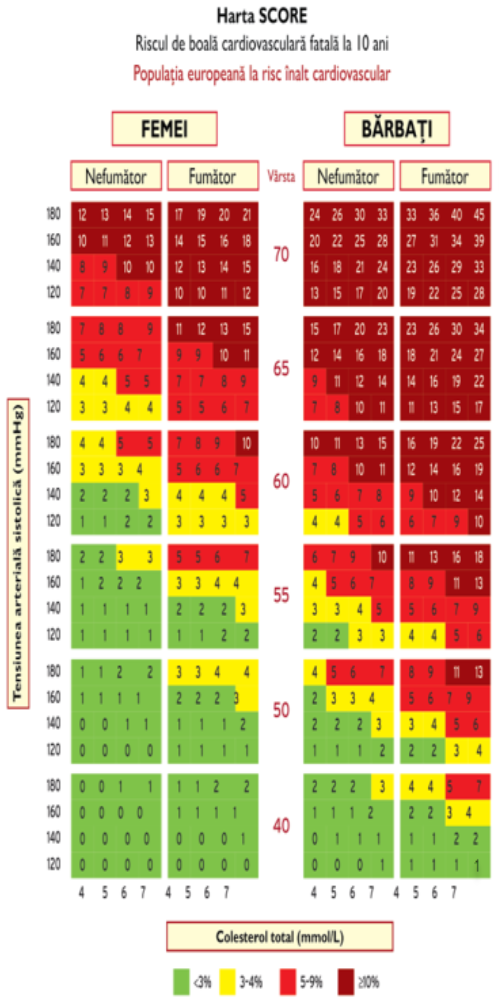
**1. Factorii de risc**

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• colesterolul total pentru bărbaţii cu vârsta mai mare de 40 ani şi femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;

• glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.



**2. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:**

• persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:

- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă evaluarea se va realiza anual;

- pentru RCV </= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

• persoanele cu Risc SCORE >/= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultaţii de management de caz).

NOTĂ: Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulţi asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular inclusiv persoanele cu următoarele afecţiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

**c. Evaluarea Riscului Oncologic**

În riscogramă vor fi consemnate:

**1. Factorii de risc:**

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă;

• antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse în programele naţionale de sănătate;

**2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:**

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);

• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:

- femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeş Papanicolau.

**d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;

- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);

- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);

- de insuficienţă renală acută în antecedente;

• Nivel socio-economic scăzut;

• Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb;

* Obezitate;
* Fumat.

2. Rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară.

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

**e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală**

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

**e.1. Factorii de risc:**

e.1.1. antecedente personale şi heredo-colaterale de adicţie (rudele de gradul I prin filiaţie directă);

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

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

**Întrebări:**

**1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?**

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte

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

**2. Câte băuturi standard\*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?**

a. una sau două - 0 puncte

b. trei sau patru - 1 punct

c. cinci sau şase - 2 puncte

d. şapte sau nouă - 3 puncte

e. zece sau mai mult - 4 puncte

------------

\*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

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

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. lunar - 2 puncte

d. săptămânal - 3 puncte

e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

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

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

**Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei**

\_ \_

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru |\_| DA |\_| NU

activităţile obişnuite în ultima lună?

\_ \_

2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat |\_| DA |\_| NU

în ultima lună?

**Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.**

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.

Intervenţii asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;

- selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

**f. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii**

f.1. Obiective:

• evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);

• consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);

• evitarea riscurilor de infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt.

f.2. În riscogramă vor fi consemnate:

• La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie.

f.3. Intervenţie asupra riscurilor:

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

**g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;

* expunerea prelungita la radiatiile solare;
* istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;
* istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
* mai mult de 50 de aluniţe pe corp;
* mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);
* culoarea deschisa a pielii;
* culoarea deschisa a ochilor;
* părul blond sau roșcat.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

**C. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE LA ADULȚII CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 DE ANI**

Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

Consultaţiile preventive de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani cuprind aceleași evaluări și intervenții care se realizează în cadrul consultaţiilor preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste, reglementate la litera B2, fiind întocmită riscograma corespunzătoare pentru riscurile privind afecțiunile cu care adultul nu este în evidența medicului de familie la data acordării consultației.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de recomandare pentru aceleași investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani şi peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive, nu a efectuat aceste investigaţii.

La Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi, se vor consemna în Riscogramă, inclusiv următoarii factori de risc:

* afecţiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopoietică, mielom multiplu), infecţii sistemice (VHB, VHC, HIV), infecţii urinare complicate, litiază reno-urinară de infecţie, consecutivă obstrucţiei sau metabolic activă (>1 episod pe an), obstrucţii ale tractului urinar (obstrucţie cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivaţii ale tractului urinar);
* situaţii care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potenţial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanţi ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină şi alte derivaţi 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat).

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu boli cronice de cauză cardiovasculară sau care pot genera complicații cardiovasculare sau cu nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie, diabet zaharat, boală cronică de rinichi). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

**D. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE LA ADULȚII CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI**

Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții cu vârsta de peste 60 de ani, aceștia beneficiază de recomandare pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 2 de la pct. 1.2.7, literele A și B din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, nu a efectuat aceste investigaţii.

**a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)**

• consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);

- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul C1 subpunctul d.1.2;

- activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

* consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);
* evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;
* evaluarea nevoilor psiho-sociale;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

**b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:**

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi):

- Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani.

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

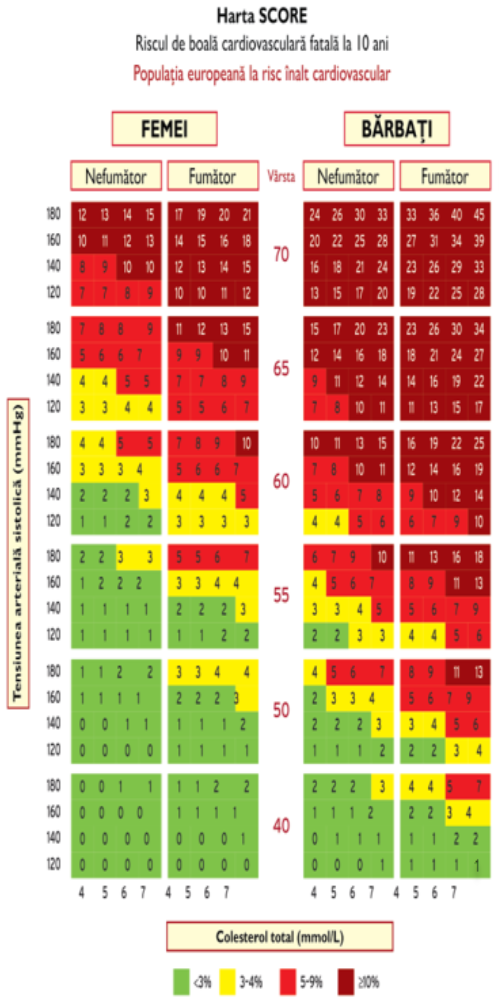
**1. Factorii de risc**

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• colesterolul total - repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;

• glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.



**2. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:**

• persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:

- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă evaluarea se va realiza anual;

- pentru RCV </= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

• persoanele cu Risc SCORE >/= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultaţii de management de caz).

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu boli cronice de cauză cardiovasculară sau care pot genera complicații cardiovasculare sau cu nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie, diabet zaharat, boală cronică de rinichi). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

**c. Evaluarea Riscului Oncologic**

În riscogramă vor fi consemnate:

**1. Factorii de risc:**

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă;

• antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse în programele naţionale de sănătate;

**2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:**

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);

• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:

- femei – recomandare pentru senologie imagistică; femei 60 - 64 ani - data ultimului test Babeş Papanicolau.

**d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

* Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;

- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);

- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);

* de insuficienţă renală acută în antecedente;
* Nivel socio-economic scăzut;
* Vârstă>65 ani;
* Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb;
* Obezitate;
* Fumat;
* afecţiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopoietică, mielom multiplu), infecţii sistemice (VHB, VHC, HIV), infecţii urinare complicate, litiază reno-urinară de infecţie, consecutivă obstrucţiei sau metabolic activă (>1 episod pe an), obstrucţii ale tractului urinar (obstrucţie cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivaţii ale tractului urinar);
* situaţii care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potenţial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanţi ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină şi alte derivaţi 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat).

2. Rezultatul la investigațiile paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară.

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

**e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală**

**e.1. Factorii de risc:**

e.1.1. antecedente personale şi heredo-colaterale de adicţie (rudele de gradul I prin filiaţie directă);

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

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

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

**Întrebări:**

**1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?**

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte

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

**2. Câte băuturi standard\*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?**

a. una sau două - 0 puncte

b. trei sau patru - 1 punct

c. cinci sau şase - 2 puncte

d. şapte sau nouă - 3 puncte

e. zece sau mai mult - 4 puncte

------------

\*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

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

a. niciodată - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - l punct

c. lunar - 2 puncte

d. săptămânal - 3 puncte

e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

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

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

**Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei**

\_ \_

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru |\_| DA |\_| NU

activităţile obişnuite în ultima lună?

\_ \_

2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat |\_| DA |\_| NU

în ultima lună?

**Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.**

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.

Intervenţii asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;

- selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

**f. Evaluarea Riscului de Melanom Malign**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;

* expunerea prelungita la radiatiile solare;
* istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;
* istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
* mai mult de 50 de aluniţe pe corp;
* mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);
* culoarea deschisa a pielii;
* culoarea deschisa a ochilor;
* părul blond sau roscat.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

**g. Evaluarea Riscului de Osteoporoză**

Obiectivul evaluării este reducerea riscului de fractură asociată osteoporozei.

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• sexul feminim;

* istoricul familial de osteoporoză;
* greutate corporală scăzută;
* fractură vertebrală clinică sau morfometrică anterioară, fractură anterioară datorată unui traumatism minim;
* terapia cu glucocorticoizi pe termen lung;
* artrita reumatoidă;
* hipogonadism primar/secundar la bărbați;
* densitate osoasă minerală scăzută;
* deficiență de vitamina D, aport scăzut de calciu, hipercifoză, fumat curent, consum de alcool,;
* cădere și imobilizare.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind nutriția, cu aport corect proteic, aportul de calciu, vitamina D, consumul de alcool, fumatul, exerciții fizice, aportul de calciu, evitarea căderilor;

3. Rezultatul la DXA

– pentru femeile cu vârsta de 65 de ai sau peste, respectiv la toate femeile în postmenopauză cu antecedente de fracturi de fragilitate, ostopenie, în caz de începere sau administrare a tratamentelor sistemice pe termen lung cu glucocorticoizi, alți factori de risc pentru osteoporoză.

* Pentru bărbați cu vârsta peste 70 de ani.

**h. Evaluarea Riscului de Incontinență Urinară**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• sexul feminim, nașterea pe cale vaginală;

* obezitatea;
* fumatul;
* hipertrofie prostatică la bărbați;

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, antrenarea vezicii urinare, a musculaturii vezicii urinare, reducerea consumului de alcool, cafeină și alimente acide.

**i. Evaluarea Riscului de Demență**

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Afecțiuni ce produc demența: boala Alzheimer, boala Parkinson, anumite tumori sau infecții cerebrale, accidentele vasculare cerebrale, leziunile cerebrale ce determină moartea neuronilor, degenerarea lobilor frontali și temporali ai creierului, boala Creutzfeldt – Jakob, tulburările cerebrale structurale: hidrocefalie cu presiune normală și hematom subdural, tulburările metabolismului: hipotiroidism, deficiență de vitamina B12, afecțiuni renale și hepatice, toxinele (precum plumbul) la nivelul sistemului nervos, afecțiuni cardiovasculare și cerebrovasculare;
2. Factorii de risc:

* vârsta;
* istoric familial de demență;
* sindrom Down – risc de boală Alzheimer cu debut precoce;
* colesterol ridicat;
* diabet zaharat;
* insuficiență cognitivă;
* fumat;
* consum de alcool;
* dietă bogată în grăsimi;
* viață socială izolată.

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, reducerea consumului de alcool, cafeină și alimente acide, exerciții de stimulare cognitivă, odihna suficientă.

NOTA 1: în cadrul consultaţiei preventive conform celor de mai sus, acordate persoanelor asigurate, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialităţile clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţii medicale pentru profilaxia anemiei la gravide şi a rahitismului şi anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală, documente utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA 2: În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA 3: Medicul de familie va efectua consultațiile preventive conform prezentei anexe până la avizarea de către Ministerul Sănătății a ghidurilor de prevenție utilizate în asistența medicală primară, publicate pe site-ul Institutului Național de Sănătate Publică la adresa <https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghirduri_recomandrari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf>. Prezenta Anexa va fi înlocuită cu modele de fișe de consultații preventive, distinct pe fiecare tip de consultație preventivă acordată de medicul de familie, urmând ca fișele completate cu ocazia acordării consultațiilor să se raporteze în format electronic casei de asigurări de sănătate, odată cu activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 2 C

Casa de asigurări de sănătate

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

Furnizorul de servicii medicale Reprezentantul legal al furnizorului

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

Localitate ....................

Judeţ ......................... Medic de familie/

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

(nume, prenume)

CNP medic de familie/

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

Cod parafă .........................

**NOTIFICARE**

Subsemnatul(a), .............. legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. .........., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

În perioada: de la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

până la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

(....... zile lucrătoare), medicul de familie .................., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......,

nr. .........., va fi în vacanţă,

acordarea serviciilor medicale pentru asiguraţii înscrişi pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..........................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................;

- medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..........................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................;

- medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..........................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Data Reprezentant legal

................. nume şi prenume ..............

semnătura ....................

ANEXA 3

**- model -**

**CONTRACT DE FURNIZARE**

**de servicii medicale în asistenţa medicală primară**

**I. Părţile contractante**

Casa de Asigurări de Sănătate ............................., cu sediul în municipiul/oraşul .....................CUI ........, str. ..................... nr. ......, judeţul/sectorul .............., tel/fax ................. adresă de e-mail .............................., reprezentată prin Director general ....................,

şi

Cabinetul medical de asistenţă 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, înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..............................., reprezentată prin ....................................,

- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie .........................., cu sau fără punct secundar de lucru ............................ reprezentat prin ............................

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

**II. Obiectul contractului**

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./....../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

**III. Servicii medicale furnizate**

ART. 2

Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European, şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ..............................., având un număr de .............. persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ........ persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2. ..............................., având un număr de .............. persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de ............. persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3. ..............................., având un număr de .............. persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ........ persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

**IV. Durata contractului**

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie a anului pentru care s-a încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

**V. Obligaţiile părţilor**

**A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora**;**

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum și numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate la nivel naţional, se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie fac dovada capacităţii tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz;

m) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

p) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

**B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale**

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil); 2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, și ale Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006, cu modificările ulterioare, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare;

h) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei lacare modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004,cumodificările şi completările ulterioare; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

r) să respecte dreptul persoanei asigurate de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi să recomande investigaţii paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către alţi medici care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023 şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../..../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la1.608lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../....../2023. În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../....../2023 şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ş) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......./2023;

t) să întocmească bilet de trimitere către specialități clinice şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ţ) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

w) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătat

y) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......./2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

**VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 8

(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată per capita şi pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023.

**VII. Modalităţi de plată**

ART. 9

Modalităţile de plată în asistenţa 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023.

1.2. Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023: DA/NU ..................

1.3.1 Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale, convenţie încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU ..................

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ............ până la ..............

1.3**.**2Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorialădin mediul rural

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (2) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale, convenţie încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU ..................

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ............ până la ...............

1.3.3**.** Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

DA/NU ..................

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ............ până la ..........................

1.4. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../...../2023 se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .......%\*):

b) cu gradul profesional:

- medic primar .......%;

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

------------

\*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară din unități administrativ-teritoriale din mediul rural şi din mediul urban pentru oraşele cu un număr de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../2023; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

1.6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 22.000 puncte puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../...../2023.

2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./..../2023. Pentru serviciile diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

3. Plată pentru performanță, pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță prevăzuți la art. 11 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

Plata pentru performanță se acordă începând cu anul 2025 pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță măsurați pentru activitatea realizată în anul precedent.

4. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele ........................, prenumele ........................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

Medic de familie angajat\*) ........................................

Numele ............................, prenumele ....................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

------------

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă

Numele ........................., prenumele .......................

Cod numeric personal ..............................................

2. ................................................................

b) Medic de familie

Numele ..........................., prenumele .....................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

Medic de familie angajat\*)

Numele .........................., prenumele ......................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

------------

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă

Numele ........................., prenumele .......................

Cod numeric personal ..............................................

2. ................................................................

c) ................................................................

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de ................... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

**VIII. Calitatea serviciilor**

ART. 11

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

**IX. Răspunderea contractuală**

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

**X. Clauză specială**

ART. 13

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

**XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului**

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract şi/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) şi z), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 lit. s), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

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

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i) şi o) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. v), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(6) Sancţiunile prevătute la alin. (1) -(5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale şi suma corespunzătoare plăţii per capita.

ART. 16

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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 17

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asiguraţi conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

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

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

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

ART. 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

**XII. Corespondenţa**

ART. 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

**XIII. Modificarea contractului**

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21

Valoarea garantată a unui punct per capita, a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic sunt calculate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu sunt elemente de negociere între părţi.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ...... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

**XIV. Soluţionarea litigiilor**

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

**XV. 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

Director general, Reprezentant legal,

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

Director executiv al

Direcţiei economice,

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

Director executiv al

Direcţiei relaţii contractuale,

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

Vizat

Juridic, Contencios

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

ACT ADIŢIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen şi pelvis).

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

**ANEXA 4**

**- model -**

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate .....................

**CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE\*)**

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. ...........)

**între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor**

**I. Părţile convenţiei de înlocuire:**

Dr. ..............................................................,

(numele şi prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical ...................., cu sediul în municipiul/oraşul ............, CUI……….………, str. .................... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ...., judeţ/sector .............., telefon: fix, mobil, .............. adresa de email ................ fax ................., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .........., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..................., cont nr. ............. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ........... deschis la Banca ................., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ............ sau codul numeric personal al reprezentantului legal ..................

Medicul înlocuit ..................................................

(numele şi prenumele)

şi

Medic înlocuitor .................................................,

(numele şi prenumele)

Codul de parafă ...........................

Codul numeric personal ....................

cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. ........

**II. Obiectul convenţiei:**

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

2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.

**III. Motivele absenţei**

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

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

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

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

5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an ............

6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.

7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8. concediu de sarcină/lăuzie.

**IV. Locul de desfăşurare a activităţii**

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

**V. Obligaţiile medicului înlocuitor**

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

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

**VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor**

1. Venitul "per capita", pe serviciu medical şi pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic pentru perioada de absenţă 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 convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ............, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. .............. al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical, Medicul înlocuitor

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

(nume şi prenume) (nume şi prenume)

------------

\*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă în limita a două luni/an.

**Vizat,**

**Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONVENŢIE DE RECIPROCITATE\*)**

încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./......../2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

**I. Părţile convenţiei de reciprocitate:**

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.U.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adresa de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având contractul nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de medic înlocuit.

şi

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.U.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adresa de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de medic înlocuitor.

**II. Obiectul convenţiei:**

Preluarea activităţii medicale în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pentru un nr. de \_\_\_\_\_\_\_ zile lucrătoare.

**III. Motivele absenţei:**

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

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

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

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

5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an ..............

6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.

7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

**IV. Locul de desfăşurare a activităţii:**

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru după necesităţi.

**V. Obligaţiile medicului înlocuitor:**

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

**VI. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ............. şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Medic înlocuit, Medic înlocuitor,

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

(nume şi prenume) (nume şi prenume)

Precizări:

\*) Convenţia de reciprocitate se încheie pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare.

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

Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea.

**ANEXA 5**

**- model -**

**CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE\*)**

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

**I. Părţile convenţiei de înlocuire:**

Casa de Asigurări de Sănătate ...................................., cu sediul în municipiul/oraşul ........................, str. ..................... nr. ...., judeţul/sectorul ............., telefon: fix, mobil ..................... adresa e-mail ................. fax ................., reprezentată prin Director general ...........................

**pentru**

**Medicul înlocuit** ..................................................

(numele şi prenumele)

din cabinetul medical .........................., cu sediul în municipiul/oraşul/comuna ................, CUI…………………, str. ..................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ..............., telefon/fax ................., adresa e-mail ..........................., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 şi prenumele)

având codul numeric personal nr. ...................................

**şi**

**Medicul înlocuitor** ................................................

(numele şi prenumele)

Codul de parafă ..........................

Codul numeric personal ...................

Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. ................ sau contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr. .............................

**II. Obiectul convenţiei**

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

**III. Motivele absenţei:**

1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an ........

2. concediu de sarcină sau lehuzie ...........

3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani ........

4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an ..............

5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....................

6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate ....................

7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

**IV. Locul de desfăşurare a activităţii**

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 îşi desfăşoară activitatea.\*\*)

**V. Obligaţiile medicului înlocuitor**

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

Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

**VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor**

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

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

3. Termenul de plată ..................................

4. Documentul de plată ..............................

**VII.** Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ............., în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. .......... al medicului înlocuit şi un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Medicul înlocuitor,

Director general, ...................

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

Director executiv al Direcţiei economice De acord,

........................................ Reprezentant legal al

cabinetului medical\*\*\*)

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

Director executiv al

Direcţiei relaţii contractuale,

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

Vizat

Juridic, Contencios

------------

\*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

\*\*) Pentru situaţia în care preluarea activităţii s-a făcut de către un medic aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungeşte corespunzător, în funcţie de necesităţi.

\*\*\*) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

**ANEXA 6**

- model -

**CONVENŢIE DE FURNIZARE**

**de servicii medicale în asistenţa medicală primară**

**I. Părţile contractante**

Casa de Asigurări de Sănătate .............................., cu sediul în municipiul/oraşul ...................CUI....., str. ....................... nr. ....... judeţul/sectorul ................, telefon/fax ................ adresă de e-mail ......................, reprezentată prin director general ....................;

Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ...................., cu sau fără punct de lucru secundar ........................., reprezentată prin .........................., având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ........ CUI.........., str. ............ nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ............, telefon .........., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ..........., str. ....................... nr. ..., telefon: fix/mobil .................., adresă de e-mail ......................

**II. Obiectul convenţiei**

ART. 1

Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

**III. Servicii medicale furnizate**

ART. 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../........./2023.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ..............................., având un număr de .............. persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ........... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2. .............................., având un număr de .............. persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ........ persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3. ............................., având un număr de ............... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ............ persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie.

**IV. Durata convenţiei**

ART. 3

(1) Prezenta convenţie este valabilă o perioadă de maximum 6 luni de la data încheierii.

(2) Prin excepție, pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate unitate administrativ-teritorială, durata de valabilitate a convenției cu casa de asigurări de sănătate se prelungește în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate este mai mic decât venitul calculat conform convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției.

**V. Obligaţiile părţilor**

**A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenţie, pe baza facturii însoţită de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de încheiere a convenţiilor a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) - funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum şi numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate la nivel naţional, se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală (convenţie), precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală (convenţie) cu casa de asigurări de sănătate;

m) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale (convenţie) formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

**B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale**

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../......./2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în convenţie şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în convenţie;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenţiei de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acesteia, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei încheită cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei încheiată cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…./…./2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare;

h) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în convenţie;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul convenţiei încheiate cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare ; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

r) să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi să recomande investigaţii paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către alţi medici care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023 şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../..../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../....../2023. În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../....../2023 şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ş) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......./2023;

t) să întocmească bilet de trimitere pentru specialități clinice şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ţ) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

w) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

y) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......./2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

**VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 6

(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată per capita şi pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023.

**VII. Modalităţi de plată**

ART. 7

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

Medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban beneficiază lunar pentru o perioadă de maximum 6 luni de un venit format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

(2) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 50%.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, la momentul contractării, beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sume stabilite potrivirt alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 100%, cu respectarea condițiilor art. 14 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

Numele ........................, prenumele .........................

Codul numeric personal .............................................

Gradul profesional .................................................

Codul de parafă al medicului .......................................

Programul de lucru .................................................

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

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea ..........%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b)........... lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de .........., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ..................

b) …………………………………

c) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural

Numele ........................., prenumele ......................

Codul numeric personal ...........................................

Gradul profesional ...............................................

Codul de parafă al medicului .....................................

Programul de lucru ...............................................

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

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea ..........%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) ................ lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) şi b), se majoarează cu 50%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de .........., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ..................

d) ................................................................

e) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială .

Numele ........................., prenumele ......................

Codul numeric personal ...........................................

Gradul profesional ...............................................

Codul de parafă al medicului .....................................

Programul de lucru ...............................................

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

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea ..........%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b ................ lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) şi b), se majoarează cu 100%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de .........., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ..................

f)……………………………

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

**VIII. Calitatea serviciilor**

ART. 8

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

**IX. Răspunderea contractuală**

ART. 9

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

**X. Clauză specială**

ART. 10

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

**XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a convenţiei**

ART.11

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

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art.17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;

(2) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) şi z), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 5 lit s), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. i), şi o) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 5 lit. v), constatată pe parcursul derulării convenţiei, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei de la art. 5 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line.

În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală/convenţie cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiată convenţie cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în convenţie.

(6) Sancţiunile prevătute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării convenţiei se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 12

(1) Convenţia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în convenţie cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenţie a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenţiei pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicile medicale.

ART. 13

Convenţia 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 situaţii:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiilor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost effectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 11 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 14

(1) Convenţia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenţiei în condiţiile art. 12 alin. (1) lit. a) - cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin convenţia încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării convenţiei.

(3) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenţie a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nicio altă convenţie de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării convenţiei.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noua convenţie se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia convenţii cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în convenţiile de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea convenţiei.

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

ART. 15

Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

**XII. Corespondenţa**

ART. 16

Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în convenţie.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

**XIII. Modificarea convenţiei**

ART. 17

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 18

Dacă o clauză a acestei convenţii ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenţiei nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului convenţiei.

**XIV. Soluţionarea litigiilor**

ART. 19

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentei convenţii vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

**XV. Alte clauze**

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

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

Prezenta convenţie 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

Director general, Reprezentant legal,

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

Director executiv al

Direcţiei economice

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

Director executiv al

Direcţiei relaţii contractuale,

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

Vizat

Juridic, Contencios

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen şi pelvis)

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

**ANEXA 6A**

- model -

**ACT ADIȚIONAL** la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, având ca obiect furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru persoanele neasigurate

**I. Părţile contractante**

Casa de Asigurări de Sănătate ............................., cu sediul în municipiul/oraşul .....................CUI ........, str. ..................... nr. ......, judeţul/sectorul .............., tel/fax ................. adresă de e-mail .............................., reprezentată prin Director general ....................,

şi

Cabinetul medical de asistenţă 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, înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..............................., reprezentată prin ....................................,

- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie .........................., cu sau fără punct secundar de lucru ............................ reprezentat prin ............................

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

**II. Obiectul actului adițional**

ART. 1

Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, persoanelor neasigurate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./....../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

**III. Servicii medicale furnizate**

ART. 2

Serviciile medicale furnizate persoanelor neasigurate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele neasigurate care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, de către următorii medici de familie:

1. ..............................., având un număr de .............. persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ........ persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

2. ..............................., având un număr de .............. persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie, un număr de ............. persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

3. ..............................., având un număr de .............. persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ........ persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

**IV. Durata actului adițional**

ART. 4

Prezentul act adițional este valabil de la data încheierii, pe toată durata de valabilitate a contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ART. 5

Durata prezentului act adițional se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

**V. Obligaţiile părţilor**

**A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie acte adiționale numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521 /2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care persoanele neasigurate nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora; numărul total de puncte pe serviciu realizate la nivel naţional, aferente serviciilor acordate persoanelor neasigurate se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane neasigurate înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

k) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetul mimimal de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

m) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului, anual, lista persoanelor neasigurate înscrise pe listă, și lunar, în vederea actualizării listelor proprii;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

**B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale**

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele neasigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../..../2023, program asumat prin relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional;

c) să informeze persoanele neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil)

2. pachetul minimal de servicii cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului pe serviciu; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform actelor adiționale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze distinct în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS);

e) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii actului adițional, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării relației contractuale; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în actul adițional;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul relației contractuale încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

h) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale;

i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

j) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

k) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul minimal de servicii ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

l) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise neasigurate ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

m) să înscrie copiii asigurați în altă țară, care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neasigurate neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul minimal în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

n) să respecte dreptul persoanei neasigurate, de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

o) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

p) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul minimal furnizate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

q) să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

r) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../......./2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor neasigurați cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

**VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 8

(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la actele adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente relației contractuale încheiate cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele neasigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**VII. Modalităţi de plată**

ART. 9

Modalitatea de plată în asistenţa medicală primară pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate este plata prin tarif pe serviciu medical.

1. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023:

1.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 1 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./..../2023.

1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ......./..../2023. Pentru serviciile diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

2. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat actul adițional:

a) Medic de familie

Numele ........................, prenumele ........................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

Medic de familie angajat\*) ........................................

Numele ............................, prenumele ....................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

------------

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă

Numele ........................., prenumele .......................

Cod numeric personal ..............................................

2. ................................................................

b) Medic de familie

Numele ..........................., prenumele .....................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

Medic de familie angajat\*)

Numele .........................., prenumele ......................

Cod numeric personal ..............................................

Gradul profesional ................................................

Codul de parafă al medicului ......................................

Programul de lucru ................................................

------------

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă

Numele ........................., prenumele .......................

Cod numeric personal ..............................................

2. ................................................................

c) ................................................................

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit relațiilor contractuale încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de ................... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

**VIII. Calitatea serviciilor**

ART. 11

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

**IX. Răspunderea contractuală**

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

**X. Clauză specială**

ART. 13

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării act adițional şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului act adițional se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea actului adițional.

**XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a actului adițional**

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea actului adițional se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în actul adițional şi/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea actului adițional se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e), g) - j), l)-o), q) şi r), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

(3) În cazul în care în derularea relației contractuale se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. f ) şi k) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Sancţiunile prevătute la alin. (1) - (4) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării actului adițional se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) și (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) și (6) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Actul adițional se suspendă odată cu suspendarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract/convenție cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenţie a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenţiei pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 16

Actul adițional se reziliază de plin drept odată cu rezilierea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, 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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform actelor adiționale încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform actului adițional în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 17

(1) Actul adițional încetează odată cu încetarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractulului 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 doreşte încetarea contractulului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractulului/convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractulului/convenției în condiţiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunţarea unilaterală a contractulului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la contractulului nu a înscris numărul minim de asiguraţi conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării relației contractuale.

(3) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contractul/convenţia încheiat/încheiată a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul/convenţia încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciuno altă relație contractuală de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului/convenţiei.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract/convenţie se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia relații contractuale cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele/convenţiile de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului/convenţiei.

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

ART. 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea relației contractuale.

**XII. Corespondenţa**

ART. 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului act adițional se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în act adițional.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act adițional să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

**XIII. Modificarea actului adițional**

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21

Valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic sunt calculate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu sunt elemente de negociere între părţi.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui act adițional ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului actului adițional.

ART. 23

Prezentul act adițional se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ...... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă la contract.

**XIV. Soluţionarea litigiilor**

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentulu act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

**XV. Alte clauze**

Prezentul act adițional la contractul 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

Director general, Reprezentant legal,

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

Director executiv al

Direcţiei economice,

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

Director executiv al

Direcţiei relaţii contractuale,

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

Vizat

Juridic, Contencios

**ANEXA 6B**

- MODEL -

Denumirea furnizorului ................................

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

Sediul social/Adresa fiscală .........................

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

punct de lucru ............................................

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

**Lista bolnavilor cu afecțiuni cronice aflați în evidența medicului de familie ................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Lista bolnavilor asigurați cu afecțiuni cronice, la data de …….** | | | | |
| **Nr. crt.** | **Nume și prenume** | **CNP/număr unic de identificare** | **Categorie de afecțiuni** | **Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală\*1)** |
| A. |  |  | Afecțiuni cardiovasculare |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| 3. |  |  |  | ... |
| ... |  |  |  | .... |
| B. |  |  | Afecțiuni cerebrovasculare |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| …. |  |  |  | ... |
| C. |  |  | Afecțiuni oncologice |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| D. |  |  | Diabet zaharat |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| E. |  |  | Dislipidemie |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| F. |  |  | BPOC |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | ... |
| G. |  |  | Astm bronșic |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| H |  |  | Boală cronică de rinichi |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| I. |  |  | Osteoporoza |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| J. |  |  | Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale) |  |
| 1. |  |  |  | .... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | .... |
| K. |  |  | Tulburări ale dispoziției |  |
| 1. |  |  |  | .... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | … |
| L. |  |  | Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| M. |  |  | Demențe |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| N. |  |  | Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei) |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| O. |  |  | Tulburări din spectrul autist |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| P. |  |  | Obezitate |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  | ... |
| Q. |  |  | Afecțiuni hepatice cronice |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | ... |
| **II. Lista bolnavilor neasigurați cu afecțiuni cronice, la data de …….** | | | | |
| **Nr. crt.** | **Nume și prenume** | **CNP/număr unic de identificare** | **Categorie de afecțiuni** | **Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală\*1)** |
| A. |  |  | Afecțiuni cardiovasculare |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| 3. |  |  |  | ... |
| ... |  |  |  | .... |
| B. |  |  | Afecțiuni cerebrovasculare |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| …. |  |  |  | ... |
| C. |  |  | Afecțiuni oncologice |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| D. |  |  | Diabet zaharat |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| E. |  |  | Dislipidemie |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| F. |  |  | BPOC |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | ... |
| G. |  |  | Astm bronșic |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| H |  |  | Boală cronică de rinichi |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| I. |  |  | Osteoporoza |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| J. |  |  | Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale) |  |
| 1. |  |  |  | .... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | .... |
| K. |  |  | Tulburări ale dispoziției |  |
| 1. |  |  |  | .... |
| 2. |  |  |  | .... |
| … |  |  |  | … |
| L. |  |  | Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale |  |
| 1. |  |  |  | … |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | … |
| M. |  |  | Demențe |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| N. |  |  | Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei) |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| O. |  |  | Tulburări din spectrul autist |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | ... |
| … |  |  |  | ... |
| P. |  |  | Obezitate |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  | ... |
| Q. |  |  | Afecțiuni hepatice cronice |  |
| 1. |  |  |  | ... |
| 2. |  |  |  | … |
| … |  |  |  | ... |

\*1) Se va identifica asiguratul/neasiguratul cu fiecare afecțiune cronică cu care este în evidența medicului de familie identificată prin codul CIM, un asigurat/neasigurat putându-se regăsi nominalizat cu mai multe afecțiuni.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

Reprezentantul legal al furnizorului,

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

semnătură electronică extinsă/calificată