



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XIII — Nr. 852

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Sâmbătă, 29 decembrie 2001

SUMAR

| <u>Nr.</u> | <u>Pagina</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE | |
| 604/4.188 — Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară | 1-16 |

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 604/18 decembrie 2001

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
Nr. 4.188/18 decembrie 2001

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și președintele Colegiului Medicilor din România
În temeiul prevederilor:

- Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;
 - Legii nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârii Guvernului nr. 1.244/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară;
 - Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,
- emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, prevăzute în anexe nr. 1—10 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2002. De la această dată își încetează aplicabilitatea prevederile referitoare la asistența medicală primară din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 269/79/2001 pentru aprobarea

Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001,

publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 22 bis din 15 ianuarie 2001.

Art. 3. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
prof. univ. dr. **Eugeniu Țurlea**

Președintele
Colegiului Medicilor din România,
prof. dr. **Mircea Cintează**

Avizat
Ministrul sănătății și familiei,
Daniela Bartoș

ANEXA Nr. 1

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

În asistența medicală primară pentru asigurații înscriși în listele proprii ale medicilor de familie

Art. 1. — (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata „per capita” prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de asigurați, și plata prin tarif pe serviciu medical.

(2) Suma convenită prin plata „per capita” se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși în lista medicului de familie, conform literei a), ajus-

tat în funcție de condițiile prevăzute la litera b), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților se stabilește astfel:

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

| Grupa de vârstă | Sub 1 an | 1 — 4 ani | 5 — 59 de ani | 60 de ani și peste |
|-----------------------------|----------|-----------|---------------|--------------------|
| Număr de puncte/persoană/an | 14,5 | 12 | 10 | 12,5 |

La stabilirea numărului de puncte în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși în lista proprie a medicului de familie, pentru persoanele care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionate din motive de boală, în locul punctajului aferent grupei de vârstă în care acestea se încadrează se acordă 12,5 puncte/persoană/an;

2. În situația în care în lista medicului de familie sunt înscriși copii încredințați sau dați în plasament, potrivit legii, unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, numărul de puncte aferent acestora este:

- pentru grupa de vârstă sub 1 an — 18,5 puncte
- pentru grupa de vârstă 1 — 4 ani — 16 puncte
- pentru grupa de vârstă 5 — 18 ani — 13 puncte.

În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat, numărul de puncte aferent acestora este de 14,5 puncte pentru grupa de vârstă 60 de ani și peste.

În acest sens medicii de familie depun la casa de asigurări de sănătate, împreună cu lista de asigurați, actele doveditoare pentru pensionarii pe motiv de boală înscriși pe lista proprie și actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;

3. În situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 25.000 de puncte/an, punctele ce depășesc acest nivel se reduc cu 75%.

b) Numărul total de puncte rezultat potrivit literei a) se ajustează în următoarele situații:

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea: criteriile de încadrare a cabinetului medical în una dintre

cele 3 condiții de mai jos se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei:

- pentru zone izolate, cu până la 20%;
- pentru condiții grele, cu până la 40%;
- pentru condiții foarte grele, cu până la 60%.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual de direcțiile de sănătate publică și se aprobă anual de casele de asigurări de sănătate;

2. în raport cu gradul profesional: valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte se majorează cu 20%, iar pentru cei care nu au promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

3. cu până la 100% pentru medicii care își desfășoară activitatea în zone izolate, cu condiții grele sau condiții foarte grele și cu un număr mic de locuitori, pentru care casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică și consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, au stabilit ca fiind necesară menținerea unui post de medic sau în cabinetele din localitățile deficitare din punct de vedere al prezenței medicului de familie, cauzată de nivelul socioeconomic și educațional al populației, pe baza unor criterii stabilite prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei. Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică această majorare se stabilește anual de direcțiile de sănătate publică și se aprobă anual de casele de asigurări de sănătate. Aceste situații se reevaluează permanent.

(3) Numărul de puncte pe serviciu, acordat pentru serviciile medicale realizate de medicul de familie:

| Serviciul | Numărul de puncte pe serviciu |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| a) imunizări conform programului național de imunizări | 4 puncte/inoculare sau doză orală |
| 1. antituberculoasă — vaccin BCG; | |
| 2. revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare; | |
| 3. testarea PPD; | |
| 4. antihepatită B; | |
| 5. antipoliomielitică VPO; | |
| 6. împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată); | |
| 7. antirujeolică; | |
| 8. împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare); | |
| 9. împotriva difteriei și tetanosului la adulți — dT (revaccinare); | |
| 10. împotriva tetanosului — dT sau VTA; | |
| 11. alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății și Familiei. | |
| Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea imunizărilor obligatorii efectuate de medicii de familie și pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista proprie a acestora. | |
| Pentru elevii înscrși și neînscrși în lista unui medic de familie vaccinările obligatorii incluse în programul național de imunizări se efectuează în cadrul unităților de învățământ de către medicul cabinetului școlar. | |
| Dacă nu există personal medico-sanitar propriu, vaccinările în instituțiile de învățământ se efectuează de către medicii de familie desemnați de casele de asigurări de sănătate, cu acordul acestor medici, în colaborare cu direcțiile de sănătate publică, în vederea organizării acestei activități, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor și a efectuării vaccinărilor, aprobată prin Legea nr. 649/2001. | |
| Medicii de familie desemnați au obligația să raporteze nominal, pe grupe de vârstă, către casele de asigurări de sănătate și către direcțiile de sănătate publică, vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate au obligația, pentru elevii înscrși pe listele unor medici de familie, să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc, despre efectuarea imunizărilor pentru a fi trecuți în registrul propriu de vaccinări și în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportați în activitatea proprie. Pentru medicii de familie care vaccinează peste 95% din totalul persoanelor eligibile catagrafiate, pentru fiecare tip de vaccin, decontarea contravalorii vaccinărilor realizate peste acest nivel se face la punctaj dublu. La calculul numărului de persoane vaccinate la stabilirea procentului se ține seama și de vaccinările efectuate în cadrul unităților școlare. | |
| Direcțiile de sănătate publică verifică prin sondaj realitatea raportărilor privind vaccinările efectuate. În cazul raportărilor eronate direcțiile de sănătate publică și casele de asigurări de sănătate vor lua măsuri ce țin de competența fiecăreia. | |
| b) examen de bilanț: | |
| 1. copii — la externarea din maternitate | 12 puncte |
| 2. la 1 lună..... | 12 puncte |
| 3. la 2 luni..... | 8 puncte |
| 4. la 4 luni..... | 8 puncte |
| 5. la 6 luni..... | 8 puncte |
| 6. la 9 luni..... | 8 puncte |
| 7. la 12 luni..... | 8 puncte |
| 8. la 15 luni..... | 6 puncte |
| 9. la 18 luni..... | 6 puncte |
| 10. de la 2 ani până la 7 ani, anual..... | 6 puncte |
| c) depistare activă TBC: | |
| 1. bolnav TBC nou-descoperit activ (în afara controlului medical periodic prevăzut în plata „per capita“ sau depistat de alți furnizori de servicii medicale) | 20 puncte/caz TBC trimis la medicul de specialitate și confirmat acesta |
| 2. urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat până la scoaterea din evidență (acolo unde nu există organizată rețea de specialitate*) | 40 puncte/lună |

*) Pentru persoanele care refuză aplicarea tratamentului medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

d) **depistarea activă a bolilor cu transmitere sexuală:**

(lues, gonoree, HIV, Chlamydia trachomatis, Herpes genital cu determinarea prezenței de Herpes simplex 2) și includerea pacienților în programul de supraveghere oncologică pentru cancerul de col, Papilomatoza genitală cu determinarea serotipului cu risc oncologic

20 puncte/caz trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta

e) **supravegherea gravidei conform Normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății și Familiei*):**

1. luarea în evidență în primul trimestru
2. supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a
3. urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni

10 puncte

8 puncte/lună

8 puncte

f) **asistența medicală în afara programului de lucru anunțat:**

1) între orele 20,00—8,00 (în afara programului de lucru), precum și în zilele de sărbători legale

— 10 puncte/oră pentru medicul de familie în centrul de permanență;

— 40 puncte/solicitare a medicului de familie acolo unde nu este organizat centru de permanență, pentru cazurile de urgență medicală;

2. până la orele 20,00 (în afara programului de lucru)

— 10 puncte/oră pentru medicul de familie în centrul de permanență;

— 20 puncte/solicitare a medicului de familie acolo unde nu este organizat centru de permanență, pentru cazurile de urgență medicală.

În centrele de permanență se asigură servicii medicale tuturor asiguraților, indiferent de medicul pe lista căruia sunt înscrși, în afara programului de lucru al acestora.

g) **screening** pentru depistarea cancerului genital (frotiu citovaginal), pentru depistarea cancerului mamar, cancerului de prostată, cancerului de colon, dacă dotarea cabinetului permite aceasta, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei.

6 puncte/caz

Notă: Serviciile prevăzute la lit. a), b), c), e) și f) se acordă și pentru populația cuprinsă în lista suplimentară a medicului de familie.

Art. 2. — (1) La calculul numărului lunar de puncte „per capita”, conform art. 1 alin. (2) se iau în considerare asigurații înscrși în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii precedente.

(2) Mișcarea asiguraților dintr-o grupă de vârstă în alta se face astfel: pentru asigurații din grupa de vârstă 0 — 1 an trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de 1 an; pentru asigurații din grupele de vârstă 1—4 ani, 5—59 de ani, 60 și peste 60 de ani înscrierea în grupele de vârstă respective se face în funcție de vârsta împlinită la data de 1 ianuarie a anului respectiv.

(3) La calculul numărului lunar de puncte pe serviciu, conform art. 1 alin. (3), se iau în considerare asigurații înscrși în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii curente.

Art. 3. — (1) Pentru perioadele de absență medicul de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie acreditat sau, în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licența de înlocuire temporară și să fie acreditat temporar de casa de asigurări de sănătate. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, cu înștiințarea casei de asigurări de sănătate și a direcțiilor de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de

familie de către alt medic, consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii cu licență de înlocuire, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

(2) Perioadele de absență se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuze, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, vacanța pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum 2 luni pe an, perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite. Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile calendaristice pe an înlocuirea medicului absent se poate face pe bază de reciprocitate între medici. În acest caz medicul înlocuitor își va prelunge programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurați.

(3) Venitul „per capita” și pe serviciu, aferent perioadei de absență, se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului sau în contul medicului înlocuitor, după caz, urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor.

Art. 4. — (1) Reprezentantul legal încheie o convenție cu medicul înlocuitor, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furni-

* Pentru gravidele, cazuri sociale identificate și înscrise pe lista unui medic de familie, numărul de puncte acordat pentru serviciile de la pct. 1, 2 și 3 se majorează cu 5 puncte.

zare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(2) Excepție fac situațiile în care reprezentantul legal se află în imposibilitatea de a participa la încheierea convenției de înlocuire. În aceste situații convenția de înlocuire se încheie între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate.

Art. 5. — (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical, pe bază de contract individual de muncă, numai medici acreditați în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii angajați nu au listă de asigurați proprie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Programul de activitate al medicului de familie care angajează medici, precum și al medicilor angajați în condițiile alin. (1) se stabilește conform prevederilor art. 5 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare.

Art. 6. — (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate în cabinete medicale nou-înființate sau deja existente unde nu a funcționat un medic de familie, dacă în intervalul de 3 luni, perioadă considerată necesară pentru înscrierea asiguraților în lista proprie, înscriu un număr de asigurați minim prevăzut pentru a încheia contract cu casele de asigurări de sănătate ținând seama și de condițiile specifice de zonă, reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

(2) După expirarea celor 3 luni, medicul de familie încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate numai dacă a înscris în lista proprie un număr de asigurați cel puțin egal cu numărul minim prevăzut pentru a încheia contract cu casele de asigurări de sănătate, ținând seama și de condițiile specifice de zonă.

Art. 7. — Fondul aferent asistenței medicale primare reprezintă o cotă procentuală din fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical și are următoarea structură:

1. 70% pentru plata „per capita” și 30% pentru plata pe serviciu din fondul aferent asistenței medicale primare din care s-au reținut sumele ce rezultă potrivit punctului 2 și sumele reprezentând indemnizațiile de instalare;

2. suma destinată cabinetelor medicale nou-înființate sau deja existente, în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți, pentru o perioadă de maximum 3 luni, formată din venitul medicului de familie nou-venit și o sumă egală cu 1,5 ori venitul acestuia pentru cheltuielile de întreținere și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

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

Art. 9. — (1) Valoarea estimată a punctului „per capita” este unică pe țară; este valabilă pentru un an în situația în

care bugetul fondului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul curent este aprobat până la începutul anului. În situația în care bugetul fondului asigurărilor sociale de sănătate se aprobă în cursul anului pentru anul curent, valoarea estimată a punctului pentru plata „per capita”, până la finele trimestrului în care se aprobă bugetul fondului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul curent, se calculează având la bază prevederile bugetare aprobate pentru anul precedent, corespunzătoare perioadei respective. După această dată se calculează valoarea estimată a punctului, aferentă perioadei rămase până la finele anului, ținând seama de noile prevederi bugetare, care va face obiectul unui act adițional la contractul inițial.

(2) Valoarea estimată a punctului „per capita” se obține prin împărțirea sumei reprezentând 85% din fondul aferent pentru plata „per capita” a medicilor de familie la numărul total de puncte „per capita” estimat să se realizeze în funcție de populația țării și de structura pe grupe de vârstă a acesteia.

(3) Valoarea estimată a unui punct „per capita”, obținută în condițiile alin. (1) și (2) se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata „per capita” a medicilor de familie și de numărul de puncte efectiv realizat, conform art. 1 alin. (2) și reprezintă valoarea definitivă a unui punct. Valoarea definitivă a unui punct „per capita” nu poate fi mai mică decât valoarea estimată a unui punct „per capita”, în condițiile în care bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate nu este modificat în sensul diminuării prin acte normative.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară și se calculează la finele fiecărui trimestru astfel: fondul aferent pentru plata pe serviciu pentru trimestrul respectiv se împarte la numărul total de puncte pe servicii realizat de medicii de familie. Valoarea unui punct astfel obținută este definitivă pentru trimestrul respectiv și estimată pentru trimestrul următor. Valoarea estimată a unui punct pe serviciu pentru trimestrul I al anului curent este media valorilor definitive aferente unui punct pe serviciu medical, ale primelor 3 trimestre ale anului precedent, corectată cu 50% din procentul de inflație din ultimele 12 luni, cunoscut la data calculării valorii punctului pentru trimestrul I al anului curent, comunicat de Institutul Național de Statistică. Corecția cu 50% din procentul de inflație se aplică în situația în care bugetul de venituri și cheltuieli pentru anul curent se aprobă de la 1 ianuarie. Pentru trimestrul I 2002 valoarea estimată a unui punct pe serviciu stabilită conform prevederilor de mai sus se majorează cu 50%, prin includerea unei cote-părți din bugetul de practică medicală aferent perioadei anterioare.

Art. 10. — (1) Pe baza valorii estimate a unui punct „per capita”, obținută în condițiile art. 9 alin. (2) și a numărului total de puncte „per capita” realizat lunar conform art. 1 alin. (2) și pe baza valorii estimate a unui punct pentru plata pe serviciu obținută în condițiile art. 9 alin. (4) și a numărului total de puncte pe servicii, realizat lunar conform art. 1 alin. (3), se calculează suma convenită lunar medicului de familie pentru fiecare lună a fiecărui trimestru.

(2) Pe baza valorii definitive a unui punct, obținută în condițiile art. 9 alin. (3) și alin. (4), a numărului total de puncte „per capita” realizat în cursul unui trimestru, con-

form art. 1 alin. (2), și a numărului total de puncte pe serviciu realizat în cursul unui trimestru conform art. 1 alin. (3), se recalculează sumele convenite medicilor de familie pe un trimestru. În situațiile în care valoarea definitivă a punctului pentru plata pe serviciu este mai mică decât cea estimată și sumele acordate sunt mai mari decât valoarea prestațiilor efectiv realizate, în luna următoare încheierii trimestrului se fac regularizările între fondul pentru plata „per capita” și fondul pentru plata pe serviciu, de către casele de asigurări de sănătate.

Art. 11. — Lunar medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până cel mai târziu la data de 3 a lunii următoare, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

Art. 12. — Asigurații care doresc să-și schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris în maximum 15 zile medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul trebuie să transfere fișa medicală prin poștă medicului primitor în termen de 15 zile de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează minimum 1 an o copie după fișa medicală a acestuia.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului, astfel: numărul de puncte plătit eronat în plus sau în minus într-un trimestru anterior față de cel realizat, se recalculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului „per capita” și pe serviciu, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând valoarea definitivă a punctului în trimestrul când s-a constatat eroarea. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

Art. 14. — Persoanele din cabinetul medical beneficiază de plata concediilor medicale și de plata concediilor pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani, conform reglementărilor în vigoare din legislația de asigurări sociale. Persoanele încadrate cu contract individual de muncă beneficiază și de plata concediilor de odihnă și alte concedii ale salariaților, potrivit legii.

Art. 15. — (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical are obligația de a angaja personal mediu sanitar și poate angaja și alte categorii de personal, în condițiile prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată prin Legea nr. 629/2001, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Personalul angajat beneficiază de drepturile prevăzute de legislația muncii în vigoare. Medicul de familie are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru aceste categorii de personal.

(2) La negocierea salariului de bază pentru personalul mediu sanitar, medicul de familie, în calitate de angajator, are obligația, potrivit legislației muncii, să respecte nivelurile minime ale acestui salariu, ce rezultă în raport cu condițiile de pregătire profesională ce trebuie îndeplinite pentru încadrarea pe funcția respectivă, precum și cu volumul de muncă ce revine unui asistent medical. Aceste niveluri minime se stabilesc după cum urmează:

a) salariul de bază minim corespunzător nivelului de pregătire profesională se calculează prin înmulțirea salariului de bază minim brut pe țară, stabilit prin hotărâre a Guvernului, cu coeficientul minim de ierarhizare ce rezultă potrivit Contractului colectiv de muncă unic la nivel național și Contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară și asistență socială.

În cazul asistenților medicali cu scoală postliceală, acest coeficient de ierarhizare este de 1,25 iar în cazul celor cu liceu de specialitate este de 1,20.

În situația în care prin Contractul colectiv de muncă unic la nivel național se va stabili un salariu de bază minim pentru personalul necalificat, mai mare decât cel prevăzut în hotărâre a Guvernului, la calcularea salariului de bază minim pentru asistenții medicali, în raport cu pregătirea lor profesională, se va utiliza acest salariu.

b) salariul de bază minim pentru asistenții medicali rezultat potrivit punctului a) este stabilit pentru un volum de muncă corespunzător unui număr de 1.000 asigurați.

Atunci când numărul de asigurați ce revine unui asistent medical este mai mare de 1.000, salariul de bază minim rezultat potrivit punctului a) se majorează în raport cu creșterea volumului de muncă. În acest scop salariul de bază minim rezultat potrivit punctului a) se înmulțește cu un coeficient ce reprezintă raportul între numărul de asigurați repartizați unui asistent medical și numărul de 1.000 de asigurați. În cazul în care numărul de asigurați ce revine unui asistent medical este mai mare de 1.500, la coeficientul calculat pentru 1.500 de asigurați se adaugă 0,025 pentru fiecare 100 de asigurați ce depășește această limită.

Art. 16. — Personalul mediu sanitar poate acorda îngrijiri la domiciliu conform unui plan elaborat de medicul de familie sau de specialitate care are asiguratul în îngrijire.

Art. 17. — Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial activități de instruire a furnizorilor din asistenta medicală primară, cu recomandarea ca furnizorii să participe la aceste activități.

Art. 18. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, vor efectua controlul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară privind respectarea obligațiilor contractuale, inclusiv respectarea criteriilor de calitate a serviciilor medicale furnizate.

(2) Ministerul Sănătății și Familiei, direcțiile de sănătate publică împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, vor efectua controlul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară privind respectarea obligațiilor asumate de furnizori prin care se asigură acces la serviciile medicale, precum și modul în care sunt respectate prevederile legale în vigoare în domeniul sănătății.

LISTA

serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu, care se acordă de către medicul de familie persoanelor asigurate

- a) **imunizări conform programului național de imunizări**
1. antituberculoasă — vaccin BCG;
 2. revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare;
 3. testarea PPD;
 4. antihepatită B;
 5. antipoliomielitică VPO;
 6. împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);
 7. antirujeolică;
 8. împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare);
 9. împotriva difteriei și tetanosului la adulți — dT (revaccinare);
 10. împotriva tetanosului - dT sau VTA;
 11. alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății și Familiei
- b) **examen de bilanț**
1. copii — la externarea din maternitate
 2. la 1 lună
 3. la 2 luni
 4. la 4 luni
 5. la 6 luni
 6. la 9 luni
 7. la 12 luni
 8. la 15 luni
 9. la 18 luni
 10. de la 2 ani până la 7 ani, anual
- c) **depistare activă TBC**
1. bolnav TBC nou-descoperit activ (în afara controlului medical periodic prevăzut în plata „per capita” sau depistat de alți furnizori de servicii medicale)
 2. urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat până la scoaterea din evidență (acolo unde nu există organizată rețea de specialitate)*)
- d) **depistarea activă a bolilor cu transmitere sexuală** (lues, gonoree, HIV, Chlamydia trachomatis, Herpes genital cu determinarea prezenței de Herpes simplex 2) și includerea pacienților în programul de supraveghere oncologică pentru cancerul de col, Papilomatoza genitală cu determinarea serotipului cu risc oncologic
- e) **supravegherea gravidei** conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății și Familiei:
1. luarea în evidență în primul trimestru
 2. supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a
 3. urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni.
- f) **asistența medicală de urgență** în afara programului de lucru anunțat și asistența medicală în centrele de permanență.
- g) **screening** pentru depistarea cancerului genital (frotiu citovaginal), pentru depistarea cancerului mamar, cancerului de prostată, cancerului de colon, dacă dotarea cabinetului permite aceasta, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei.
- Notă: Serviciile prevăzute la lit. a), b), c), e) și f) sunt acordate de către medicul de familie și pentru populația din lista suplimentară.

*) Pentru persoanele care refuză aplicarea tratamentului, medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale

LISTA

serviciilor medicale incluse în plata „per capita”, care se acordă de către medicul de familie persoanelor asigurate

1. Servicii profilactice:
 - a) de la 7 ani până la 30 de ani — o dată la 2 ani un examen medical complet care cuprinde:
 - consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
 - examene paraclinice care pot fi recomandate de medicul de familie în completarea consultației: MRF și RPR sau VDRL. Examenul medical clinic este obligatoriu. RPR sau VDRL este obligatoriu după vârsta de 15 ani;
 - b) peste 30 de ani — anual un examen medical complet care cuprinde:
 - consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
 - examene paraclinice care pot fi recomandate de medicul de familie în completarea consultației: MRF și RPR sau VDRL. Examenul medical clinic este obligatoriu.

În caz de imposibilitate a prezentării la data și ora programată pentru serviciile de la lit. a) și b), asiguratul trebuie să informeze medicul de familie în vederea reprogramării.
 - c) consiliere pre- și posttestare pentru HIV a femeii gravide, consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc cardiovascular, consiliere antidrog;
 - d) controale periodice, inclusiv cu depistare TBC, și activități de prevenire a îmbolnăvirilor conform programării
 - asiguraților stabilite de medicul de familie; în caz de imposibilitate a prezentării la data și ora programată, asiguratul trebuie să informeze medicul de familie în vederea reprogramării;
 - e) depistarea, izolarea și raportarea cazurilor de boli transmisibile, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 8/2000, inclusiv TBC și boli venerice; măsuri minimale de luptă în focarul familial de boală infecțioasă;
 - f) servicii de bază de planificare familială:
 - consultație de planificare familială;
 - indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
 - g) supraveghere etapizată pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0—1 an, pe probleme de puericultură.
2. Servicii de urgență în cadrul programului de lucru:
 - a) asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale;
 - b) constatarea situațiilor de urgență și trimitere pentru internare în spital sau către medicul de specialitate.
 3. Servicii medicale curative:
 - a) anamneză, examen obiectiv, diagnostic;
 - b) prescriere de tratament medical și igienico-dietetic;
 - c) manevre de mică chirurgie, perfuzii intravenoase, infiltrații;

d) — trimitere prin bilet de trimitere către alte specialități, după caz, fie în sistem ambulator (de preferință), fie la spital, astfel: boala acută dacă are risc imediat de evoluție severă, boala cronică în caz de acutizare sau decompensare. În cazul persoanelor prevăzute în lista suplimentară medicul de familie este obligat să indice în biletul de trimitere numele medicului de specialitate nominalizat de direcția de sănătate publică sau, după caz, numele spitalului, în situații în care internarea este obligatorie, în vederea urmării efectuării serviciilor medicale respective;

— recomandare pentru investigații paraclinice, prin bilet de trimitere; în cazul în care se constată abuzuri în recomandarea de trimitere către investigații paraclinice, în urma controalelor efectuate de casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, la medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, valoarea definitivă a punctului „per capita” a trimestrului respectiv se diminuează cu 10%. După aplicarea de 3 ori a măsurii mai sus-menționate pentru același medic de familie, casele de asigurări de sănătate pot rezilia contractul de furnizare de servicii medicale cu medicul de familie respectiv. Sumele obținute ca disponibil la nivelul caselor de asigurări de sănătate din această diminuare a valorii definitive a punctului se vor folosi la întregirea fondului aferent consumului de medicamente cu sau fără contribuție personală;

e) supravegherea asiguraților înscrși în lista proprie, pentru afecțiunile care necesită dispensarizare, în colaborare cu medicul de specialitate;

f) asistență medicală la domiciliu pentru:

— copii în vârstă de sub 3 ani aflați în tratament pentru afecțiuni acute, la solicitarea aparținătorilor legali;

— asigurații de orice vârstă, care au devenit nedeplasabili și care necesită tratament medical recomandat de medicul de specialitate, ca urmare a unor intervenții chirurgicale majore, până la vindecarea completă a plăgii;

— pacienți imobilizați ortopedic;

— pacienți cu insuficiență motorie a trenului inferior;

— bolnavi în fază terminală;

— alte situații, la recomandarea medicului de specialitate printr-o scrisoare medicală;

g) servicii medicale de îngrijire și de recuperare, la indicația medicului de specialitate;

h) educație medico-sanitară;

i) prescripții medicale: la nivelul caselor de asigurări de sănătate se stabilește un nivel valoric orientativ trimestrial

privind prescrierea de medicamente pe asigurat, diferențiat pe grupe de vârstă. În cazul depășirii substanțiale și repetate a nivelului valoric orientativ, casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, vor verifica, pe baza evidențelor obligatorii la nivelul cabinetelor medicale, modul de prescriere a medicamentelor, cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților.

În cazul în care se constată abuzuri sau prescrieri de medicamente nejustificate din punct de vedere medical sau acordate în alte condiții decât cele prevăzute de reglementările legale în vigoare, la medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, valoarea definitivă a punctului „per capita” a trimestrului respectiv se diminuează cu 10%.

După aplicarea de 3 ori a măsurii mai sus-menționate pentru același medic de familie, casele de asigurări de sănătate pot rezilia contractul de furnizare de servicii medicale cu medicul de familie respectiv. Sumele obținute ca disponibil la nivelul caselor de asigurări de sănătate din această diminuare a valorii definitive a punctului se vor folosi la întregirea fondului aferent consumului de medicamente cu sau fără contribuție personală.

4. Servicii speciale:

a) activități în caz de epidemii, potrivit măsurilor stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei;

b) asigurarea accesului continuu la asistența medicală;

c) asigurarea asistenței medicale atât pentru persoanele asigurate cât și pentru cele neînscrise în lista unui medic de familie, numai în caz de urgență medicală.

5. Activități de suport:

a) eliberare de acte medicale: certificate de concediu medical — puse la dispoziție în mod gratuit de Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale; certificat de deces, inclusiv pentru persoanele care nu figurează pe lista proprie sau pe listele altor medici de familie din localitatea respectivă, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală; certificat medical pentru îngrijirea copilului bolnav conform prevederilor legale; adeverințe medicale pentru copii necesare înscrierii în colectivități;

b) organizarea activității de evidență, completarea la zi a fișei de consultație, a registrelor medicale și raportarea statistică medicală, unică, către casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică. În registrele de consultație se vor înscrie obligatoriu atât consultațiile din cabinetul medical, cât și cele acordate la domiciliu sau în caz de urgență.

ANEXA Nr. 4

LISTA

serviciilor medicale pe care le poate efectua medicul de familie contra cost și care nu se decontează de către casele de asigurări de sănătate

1. Servicii medicale și acte medicale solicitate de auto-rități care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților (pentru obținerea permisului de portarmă, pentru obținerea permisului de conducere auto, pentru angajare, controale periodice pentru personalul care practică anumite meserii pentru care este necesară evaluarea periodică a stării de sănătate, certificate prenuptiale etc.). În biletul de trimitere, completat în 2 exemplare, pentru investigațiile paraclinice și serviciile medicale de specialitate necesare eliberării acestor acte medicale se va

preciza scopul pentru care se face investigația sau serviciul medical respectiv.

2. Servicii medicale la cerere, indiferent de statutul persoanei care solicită aceste servicii.

3. Veniturile realizate din activitățile menționate la pct. 1 și 2 reprezintă venituri ale cabinetului medical, care se evidențiază și se impozitează în condițiile legii. Tarifele acestor servicii se stabilesc de către medicii de familie și se afișează la cabinetul medical. Pentru aceste servicii se eliberează chitanță fiscală cu precizarea serviciului furnizat.

LISTA

cuprinzând investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie

Analize de laborator

I. Analize de sânge

Hematologie

1. Hemoleucograma completă — hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare reticulocite, numărătoare leucocite, formulă leucocitară, numărătoare trombocite, indici eritrocitari, concentrat leucocitar

2. VSH

3. Timp Quick

4. Grup sanguin ABO și Rh

5. Anticorpi specifici antiRh

Biochimie

1. Uree serică

2. Acid uric seric

3. Creatinină serică

4. Calcemie serică — totală și ionică

5. Magneziemie

6. Sideremie

7. Glicemie

8. Colesterol seric total

9. Trigliceride serice

10. Lipide totale serice

11. Proteine totale serice

12. Electroforeza proteinelor serice

13. Fosfatază alcalină

14. Transaminaze: TGO și TGP

15. Bilirubină — directă și totală

16. ASLO

17. Reacție de serologie a sifilisului: RPR și VDRL

18. Fibrinogenemie

Imunologie

1. Proteina C reactivă

II. Exudat faringian : cultură și antibiogramă

III. Analize de urină

1. Examen complet de urină

2. Urocultură

3. Antibiogramă

4. Dozare glucoză

5. Dozare proteine urinare

IV. Examen materii fecale

1. Examen coproparazitologic

2. Coprocultură

V. Examen Babeș-Papanicolau

VI. Alte probe

1. Electrocardiogramă

2. Ecografie generală: abdomen și pelvis

3. IDR la PPD

VII. Examen radiologic

1. Examen radiologic toracopulmonar: radioscopie, MRF sau radiografie față și/sau profil

2. Radiografie gastrointestinală

3. Radiografie membre și articulații

4. Radiografie coloană vertebrală

5. Radiografie sinusuri

Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice se întocmește în 3 exemplare: un exemplar rămâne la medicul de familie care a făcut trimiterea, 2 exemplare sunt înmânate asigurătorului care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice; furnizorul de servicii medicale paraclinice păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală celălalt exemplar, cu ocazia facturării lunare a activității.

LISTA

serviciilor medicale acordate de către medicul de familie populației din lista suplimentară, pentru zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică

a) imunizări conform programului național de imunizări:

1. antituberculoasă — vaccin BCG

2. revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare

3. testarea PPD

4. antihepatită B

5. antipoliomielitică VPO

6. împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)

7. antirujeolică

8. împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare)

9. împotriva difteriei și tetanosului la adulți — dT (revaccinare)

10. împotriva tetanosului — dT sau VTA

11. alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății și Familiei;

b) examen de bilanț:

1. copii — la externarea din maternitate

2. la 1 lună

3. la 2 luni

4. la 4 luni

5. la 6 luni

6. la 9 luni

7. la 12 luni

8. la 15 luni

9. la 18 luni

10. de la 2 ani până la 7 ani, anual;

c) depistare activă TBC:

1. bolnav TBC nou-descoperit activ (în afara controlului medical periodic prevăzut în plata „per capita“ sau depistat de alți furnizori de servicii medicale);

2. urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat până la scoaterea din evidență (acolo unde nu există organizată rețea de specialitate)*);

d) supravegherea gravidei conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății și Familiei:

1. luarea în evidență în primul trimestru;

2. supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a;

3. urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni;

e) asistența medicală de urgență;

f) activități în caz de epidemii, potrivit măsurilor stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei.

*) Pentru persoanele care refuză aplicarea tratamentului medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

LISTA

criteriilor de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul cabinetelor de medicină primară

1. Semnalizarea cabinetului în zonă — firmă
2. Autorizația sanitară de funcționare a cabinetului și a punctelor de lucru
3. Accreditarea personalului care oferă servicii medicale: medici și cadre medii sanitare
4. Programul de activitate afișat vizibil pentru toate categoriile de personal acreditate ce își desfășoară activitatea în cabinet și respectarea acestuia. Pe perioada de absență a medicului titular, să fie afișat numele și programul medicului înlocuitor.
5. Lista cu tarifele serviciilor medicale furnizate de medicii de familie, care nu sunt decontate de casele de asigurări de sănătate, categoriile de pacienți cărora li se adresează, precum și situațiile în care se percepe taxă — afișată vizibil
6. Drepturile și obligațiile asiguraților — afișate vizibil
7. Sală de așteptare dotată corespunzător: ambient adecvat, scaune/canapea, masă, materiale informative
8. Dotarea cabinetului cu aparatură și mobilier, cel puțin în conformitate cu ordinul ministrului sănătății și familiei în vigoare. Se vor aprecia dotările suplimentare cu aparatură și mobilier, care denotă preocuparea medicului de familie pentru îmbunătățirea actului medical și creșterea satisfacției pacienților.
9. Dotarea aparatului de urgență cel puțin în conformitate cu baremurile în vigoare și în termen de valabilitate.
10. Obligatorietatea prezenței la cabinet a actelor care notifică activitatea medicală:
 - evidența asiguraților: lista de capitație actualizată;
 - registre: de consultații, vaccinări, gravide, dispensarizați, tratamente, deplasări la domiciliu;
 - fișe de consultații și anexe: bilete de externare, scrisori medicale, plan de recuperare, fișa gravidei, fișa de examen de bilanț;
 - caiet de evidență stupefiante, rețete cu timbru sec
11. Medicul în timpul programului:

- comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;
 - consultă pacientul, stabilește conduita: trimitere la investigații paraclinice, trimiteri la medicul de specialitate pentru diagnostic și tratament;
 - consemnează diagnosticul, tratamentul, recomandările în registrele de evidență primară și în fișa de consultație;
 - eliberează rețete parafate și semnate;
 - eliberează bilete de trimitere, concedii medicale, alte categorii de acte medicale, parafate și semnate;
 - respectă confidențialitatea actelor medicale
12. Cadrul mediu sanitar în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;
 - solicită actele de identificare: carte de identitate, carnet de asigurat;
 - notează datele de identificare în registrul de consultații;
 - identifică fișa de consultații;
 - efectuează tratamente, vaccinări, la indicația medicului;
 - poate completa formulare medicale, dar numai la indicația și sub stricta supraveghere a medicului, care va parafa și semna;
 - poate acorda îngrijiri la domiciliu la recomandarea medicului de familie;
 - respectă confidențialitatea actelor medicale.
- Notă:
- Criteriile de calitate pentru actul medical vor fi stabilite de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
- Controlul criteriilor de calitate a serviciilor medicale va fi coordonat de Serviciul medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România.

**CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară**

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel/fax, reprezentată prin director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat:

— cabinet individual, cu sau fără punct sanitar, reprezentat prin medicul titular

— cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct sanitar, reprezentat prin medicul delegat:

— societate civilă medicală, cu sau fără punct sanitar, reprezentată prin administratorul

— cabinet care funcționează în structura unei unități sanitare aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii, cu sau fără punct sanitar, reprezentată prin

— unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr.31/1990 privind societățile comerciale,, reprezentată prin....., cu autorizație de înființare nr., certificat de înregistrare nr., autorizație sanitară pentru cabinet nr., autorizație sanitară pentru punct de lucru nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la trezoreria statului, cod numeric personal al reprezentantului legal....., cod fiscal....., copie de pe dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară, detaliate în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare, sunt următoarele:

- a) servicii profilactice;
- b) servicii de urgență;
- c) servicii medicale curative;
- d) servicii speciale;
- e) activități de suport;
- f) servicii medicale acordate populației din zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică conform listei suplimentare.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale se face pentru asigurații înscrși pe lista proprie și pentru persoanele de pe lista suplimentară a medicului:

1., acreditat de către comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscrși pe lista proprie;
2., acreditat de către comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscrși pe lista proprie;
3., acreditat de către comisia de acreditare prin nr. din și având un număr de asigurați înscrși pe lista proprie.

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2002.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru asistența medicală primară, în vigoare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să plătească drepturile bănești convenite medicului/medicilor de familie pentru serviciile medicale furnizate asiguraților înscrși în lista proprie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, inclusiv drepturile pentru lista suplimentară de servicii medicale acordate populației din zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică;
- b) să verifice autorizarea și acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;
- c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, conform contractelor încheiate cu aceștia;

d) să verifice prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților și a investigațiilor paraclinice recomandate de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară în conformitate cu reglementările în vigoare;

e) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate pe baza facturilor emise de furnizorii de servicii medicale;

f) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, numele persoanelor care și-au pierdut calitatea de asigurat prin neplata contribuției ce revine ca obligație de plată asiguratului;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților în caz de boală sau accident în limitele de calitate impuse de activitatea medicală; să asigure în cadrul serviciilor furnizate toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea de medicină generală, să interpreteze investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;

b) să respecte criteriile de calitate ale serviciilor medicale furnizate și pe cele de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul cabinetelor de medicină primară;

c) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul de familie, medicul de specialitate din ambulatoriu și unitatea sanitară și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listă;

d) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

e) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte modul de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

f) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

g) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie o dată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de reședință a acestuia. Nounăscutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune. Copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie potrivit celor arătate mai sus, vor fi înscrși cu sprijinul primăriei care a înregistrat nașterea. În cazul gravidelor neînscrise pe lista unui medic de familie, care îndeplinesc condițiile de persoană asigurată, la prima consultație în localitatea de reședință a acestora, vor fi înscrise pe lista medicului de familie care a acordat consultația;

h) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat a persoanelor înscrise pe lista proprie;

i) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscrși, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și să comunice aceste modificări casei de asigurări de sănătate,

precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casa de asigurări de sănătate cu privire la asigurații care nu mai fac dovada calității de asigurat prin neplata contribuției ce revine ca obligație de plată asiguratului;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendat din funcție, când i-a fost retrasă sau suspendată autorizația de liberă practică sau acreditarea, precum și despre orice alte modificări survenite, legate de clauzele contractuale;

k) să anunțe în scris, în momentul înscrierii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la un alt medic de familie, atât medicul de familie de la care a plecat asiguratul, cât și casa de asigurări de sănătate, în maximum 15 zile; medicul de familie de la care a plecat asiguratul transferă fișa medicală a asiguratului, în maximum 15 zile lucrătoare de la solicitare, prin serviciul poștal și păstrează minimum 1 an o copie de pe fișa medicală a acestuia;

l) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților înscriși pe lista proprie indiferent de casa de asigurări de sănătate unde se virează contribuția la fondul de asigurări de sănătate, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

m) să trimită pacientul, dacă este cazul, la medicul de specialitate, să înregistreze în fișa acestuia informațiile furnizate de către medicul de specialitate și să respecte recomandările acestuia;

n) să furnizeze servicii medicale în cadrul unui program de activitate organizat în funcție de condițiile specifice de zonă asigurând în medie pe zi, de luni până vineri, minimum 5 ore la cabinetul medical și 2 ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. În cazul în care numărul de asigurați înscriși pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit pe total țară, de 1.700, programul total de lucru se prelungește corespunzător, acolo unde este posibil, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurați. La stabilirea programului de activitate se va ține seama și de zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică. Programul de activitate astfel stabilit se aduce la cunoștința asiguraților prin afișare la loc vizibil la cabinetul medical și se transmite casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică;

o) să furnizeze servicii medicale de urgență în afara programului de lucru, conform reglementărilor din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare;

p) să participe la organizarea și funcționarea centrelor de permanență, acolo unde este cazul;

q) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării asistenței medicale primare, furnizorul fiind direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate și de respectarea termenelor de raportare;

r) să accepte controlul din partea serviciilor specializate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ale caselor de asigurări de sănătate împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București;

s) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurații înscriși pe lista proprie, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

t) să factureze lunar, până la data de 3 a lunii următoare, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform reglementărilor legale în vigoare;

u) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

v) să organizeze preluarea activității medicale de către un alt medic de familie acreditat, pentru perioadele de absență;

x) să elibereze certificate de concediu medical, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav etc., conform prevederilor legale în vigoare;

y) să respecte normele de raportare a bolilor și efectuarea vaccinărilor, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să angajeze asistenți medicali, în vederea asigurării calității actului medical;

w) să acorde servicii medicale persoanelor din lista suplimentară potrivit normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. plata „per capita” prin tarif pe persoană asigurată;
2. tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru asigurații din lista proprie și persoanele din lista suplimentară.

Pentru medicii nou-veniți într-o localitate se asigură un venit echivalent cu un salariu și o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului, stabilite potrivit Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare. Convenția care se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii nou veniți într-o localitate, pe perioada de până la 3 luni necesară pentru înscrierea asiguraților pe lista proprie cuprinde principalele obligații și drepturi ce rezultă potrivit prezentului contract.

3. Plata „per capita” se face conform art.1 alin.(2) din anexa nr.1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare.

Valoarea estimată a unui punct pentru plata „per capita” este unică pe țară, de lei. În cazul în care bugetul fondului asigurărilor sociale de sănătate se aprobă în cursul anului curent, valoarea estimată a unui punct pentru plata „per capita” este delei pentru perioada până la finele trimestrului în care se aprobă acest buget și de lei*) pentru perioada rămasă până la finele anului.

*) Se completează ulterior încheierii contractelor.

Clauze speciale — se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Nume Prenume

Grad profesional

Codul medicului Acreditare nr.

b) Medic de familie

Nume Prenume

Grad profesional

Codul medicului Acreditare nr.

c).....

.....

Numărul de puncte calculat conform art.1 alin.(2) lit.a) din anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.244/2001, se ajustează în raport:

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

— zone izolate DA/NU%

— condiții grele DA/NU%

— condiții foarte grele DA/NU%

— zone izolate cu condiții grele sau foarte grele, cu număr mic de locuitori DA/NU%

— localități deficitare din punct de vedere al prezenței medicului de familie, cauzată de nivelul socio-economic și educațional al populației DA/NU%

b) cu gradul profesional:

— primar +20%

— fără grad profesional -10%

3.1. Plata pe serviciu medical se face conform art.1 alin.(3) din anexa nr.1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare.

3.2. Valoarea estimată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară și se stabilește pentru fiecare trimestru, conform prevederilor art.9 alin.(4) din anexa nr.1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare.

Art. 9. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile de la încheierea lunii, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale primare și casele de asigurări de sănătate, la valoarea estimată a punctului „per capita” și pe serviciu medical.

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

(3) Valoarea definitivă a punctului „per capita” se diminuează cu câte 10% pentru trimestrul în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, constatate în urma verificărilor efectuate de casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică și consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București.

(4) Neefectuarea, datorită medicului de familie, conform planificării, în proporție de peste 20%, a controalelor obligatorii prevăzute la art. 13 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, în vigoare, atrage după sine diminuarea veniturilor aferente plății „per capita” pentru trimestrul respectiv cu 10%.

VII. Calitatea serviciilor

Art. 10. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate de comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 11. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 12. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art.9 nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 13. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art.14. — Clauză specială

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Contravenții

Art.15. — Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control a actelor de evidență a serviciilor furnizate și a documentelor în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

X. Încetarea contractului

Art. 16. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare a furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de facturare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în cazul în care numărul de asigurați din lista proprie a unui medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 2 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară;

f) în situația aplicării de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului „per capita” pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

Art. 17. — Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art.14 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată prin Legea nr.629/2001;

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

f) acordul de voință al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical printr-o notificare scrisă cu 45 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 18. — Situațiile prevăzute la art.16 și la art.17 lit. b) – e) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art.17 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 19. — Prezentul contract poate fi reziliat de părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 20. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile din momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 21. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractului se vor modifica și completa în mod corespunzător.

Art. 22. — Valorile definitive ale punctului „per capita” și pe serviciu sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

Art. 23. — Clauză specială

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 25. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 24 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

Director adjunct economic,

Director adjunct relații contractuale,

Vizat

Oficiul juridic,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,

Vizat
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.....,

(numele și prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., etaj, ap., județ/sector telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. încheiat cu Casa de asigurări de sănătate, cont nr., deschis la trezoreria statului, cod fiscal.....

Medicul înlocuit:

(numele și prenumele)

și

Dr.,

(numele și prenumele)

cu licență de înlocuire ca medic de familie nr., acreditare nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței**)

1. incapacitate temporară de muncă;
2. concediu de sarcină/lehuzie;
3. concediul pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani;
4. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an;
5. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum 2 luni/an;
6. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite.

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul „per capita“ și pe serviciu pentru perioada de absență se virează de Casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor % din venitul „per capita“ și pe serviciu.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare.

Reprezentantul legal al
cabinetului medical,

Medicul înlocuitor,

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de 30 de zile calendaristice.

***) Pentru motivele de absență prevăzute la pct. 1, 2, 3 și 6 medicul înlocuit se obligă ca la revenirea în activitate să anunțe în scris casa de asigurări de sănătate.

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str.
nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin director general
pentru

Cabinetul medical cu sediul în municipiul/orașul, str.
nr., bl., sc., etaj .., ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de
Asigurări de Sănătate, cont nr., deschis la trezoreria statului, cod fis-
cal..... al cărui reprezentant legal este:

(numele și prenumele)

Medicul înlocuit:

(numele și prenumele)

și

Dr., cu licență de

(numele și prenumele)

înlocuire ca medic de familie nr., acreditare nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței.....

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile „per capita“ și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de
asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 2 exemplare, dintre
care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar
revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

Director adjunct economic,

Director adjunct relații contractuale,

Vizat

Oficiul juridic,

Medicul înlocuitor,

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de 30 de zile calendaristice.

**Cu acest număr se încheie Monitorul Oficial al României, Partea I,
pe anul 2001.**

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI – CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial“, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,
cont nr. 2511.1–12.1/ROL Banca Comercială Română – S.A. – Sucursala „Unirea“ București
și nr. 5069427282 Trezoreria sector 5, București (alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial“, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78,
E-mail: ramomrk@bx.logicnet.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro