

[Click aici pentru ACT COMPUS varianta integrala PDF](#)

**MINISTERUL SANATATII  
SANATATE**

Nr. 1.857 din 30 mai 2023

**CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE**

Nr. 441 din 29 mai 2023

**ORDIN**

**privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii  
Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii  
si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii  
asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale,  
in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate**

Avand in vedere Referatul de aprobare nr. AR 9.750 din 30 mai 2023 al Ministerului Sanatatii si nr. DG 2.086 din 29 mai 2023 al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) si ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurari sociale de sanatate” din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

- Hotararii Guvernului [nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;

- art. 7 alin. (4) din Hotararea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Hotararea Guvernului [nr. 972/2006](#) pentru aprobarea Statutului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare,

**ministrul sanatatii si presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate** emit urmatorul ordin:

**Art. 1.** - Se aproba Normele metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului [nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, prevazute in anexele nr. 1-50\*), care fac parte integranta din prezentul ordin.

**\*) Anexele nr. 1-50 se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 484 bis, care se poate achizitiona de la Centrul pentru relatii cu publicul din sos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, Bucuresti.**

**Art. 2.** - **Prevederile prezentului ordin intra in vigoare la data de 1 iulie 2023.**

**Art. 3.** - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Ministrul sanatatii,  
**Alexandru Rafila**

p. Presedintele Casei Nationale  
de Asigurari de Sanatate,  
**Adela Cojan**

**CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE SERVICII  
MINIMAL SI DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA**

**A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA**

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de preventie si profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice si terapeutice;
- 1.5. activitati de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

**1.1. Serviciile medicale curative**

1.1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de familie acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-au asigurat interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitarii. Serviciile se acorda atat pentru persoanele neasigurate inscrise pe lista proprie, cat si pentru persoanele neasigurate inscrise pe lista altui medic de familie aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.

NOTA 1: Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se acorda in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului in cadrul programului pentru consultatii la domiciliu sau la locul solicitarii. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se pot acorda inclusiv in afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenta medico-chirurgicala care se trimite catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de familie in documentele de evidenta primara de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.1.2. Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale unor afectiuni cronice, care cuprinde urmatoarele activitati:

- a. anamneza, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;
- c. manevre de mica chirurgie, dupa caz;
- d. stabilirea conduitei terapeutice si/sau recomandari igieno-dietetice, precum si instruirea neasiguratului in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;

1.1.2.1. Consultatiile sunt acordate la cabinet pentru afectiuni acute/subacute sau acutizari ale unor afectiuni cronice iar la domiciliu se au in vedere si prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boala acuta/subacuta sau acutizare a unor afectiuni cronice/neasigurat se deconteaza maxim doua consultatii.

**NOTA:**

In cazul in care medicul de familie recomanda persoanelor neasigurate investigatii paraclinice in vederea stabilirii diagnosticului si/sau pentru monitorizare, consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu, internare in spital pentru cazurile care necesita aceasta sau care depasesc competenta medicului de familie, sau alte tipuri de recomandari, dupa caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescriptie utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

1.1.2.2. Consultatiile pentru bolile cu potential endemo-epidemic ce necesita izolare pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea acelorasi conditii de acordare ca si consultatiile in cabinet pentru afectiunile acute.

Medicul de familie consemneaza consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a persoanelor cu boli cronice - se vor realiza pe baza de programare pentru:

- a) supravegherea evolutiei bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicatiilor;
- d) educatia neasiguratului si/sau a apartinatorilor privind ingrijirea si autoingrijirea. Consultatiile cuprind, dupa caz, activitatile de la punctele a - d prevazute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de catre medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de catre medic si in conditiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afectiunile cronice/neasigurat se deconteaza o consultatie pe luna.

**NOTA:**

In cazul in care medicul de familie recomanda persoanelor neasigurate investigatii paraclinice in vederea stabilirii diagnosticului si/sau pentru monitorizare, consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu, internare in spital pentru cazurile care necesita aceasta sau care depasesc competenta medicului de familie, sau alte tipuri de recomandari, dupa caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele

neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescriptie utilizate in sistemul asigurarii sociale de sanatate.

1.1.3.2. Consultatiile pentru afectiunile cronice pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea acelorasi conditii de acordare ca si consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice.

Medicul de familie consemneaza consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultatii de monitorizare activa prin plan de management integrat pe baza de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor privind: riscul cardiovascular inalt - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2, astm bronic, boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC si boala cronica de rinichi.

1.1.4.1. Consultatiile de monitorizare activa acopera urmatoarele:

a) evaluarea initiala a cazului nou depistat in primul trimestru dupa luarea in evidenta, episod ce poate include trei consultatii la medicul de familie ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilant clinic initial care include screeningul complicatiilor, initierea si ajustarea terapiei pana la obtinerea raspunsului terapeutic preconizat, educatia pacientului, recomandare pentru investigatii paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde doua consultatii programate, acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicatiilor, educatia pacientului, recomandare de investigatii paraclinice si tratament. O noua monitorizare se face dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.

NOTA:

Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarii sociale de sanatate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2

a. evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: evaluarea afectarii organelor tinta; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, initierea interventiilor de modificare a riscului, evaluarea raspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor tinta specifice cazului.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza; examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, ascultatie si palpare pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati care pot induce HTA secundara, masurarea circumferintei abdominale, examinarea piciorului pentru pacientii cu diabet zaharat tip 2, masurarea TA; recomandare pentru consultatie de specialitate/investigatii paraclinice in vederea efectuarii urmatoarelor investigatii: hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFG), determinarea Raport albumina/creatinina in urina (RACU), examen sumar de urina cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate.

Interventiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viata, fumat, dieta, activitate fizica; interventii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile tinta stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viata si/sau terapie medicamentoasa; educatie pentru auto-ingrijire.

NOTA 1:

Pentru tratamentul si ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet.

NOTA 2:

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele cele care nu sunt inregistrate in evidenta medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activa a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilantul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evolutiei afectiunii - screeningul complicatiilor/afectarea organelor tinta; recomandare pentru tratament/ajustarea medicatiei, dupa caz.

NOTA:

Pentru tratamentul si ajustarea medicatiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ: examen clinic in cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigatii paraclinice specifice respectiv hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata (RFG), albuminurie, determinarea Raport albumina/creatinina in urina (RACU), in functie de nivelul de risc; recomandare, in functie de nivelul de risc pentru consultatie de specialitate la cardiologie in vederea efectuarii inclusiv a EKG, medicina interna, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice si educatie pentru auto-ingrijire.

Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de incadrare in nivel de risc:

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

Risc moderat: Pacienti tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durata a DZ de < 10 ani, fara alti factori de risc; Risc SCORE calculat >= 1% si < 5% pentru risc de BCV fatala la 10 ani; HTA grad 2;

Risc inalt: Persoane cu:

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

- Pacienti cu hipercolesterolemie familiala (FH) fara alti factori majori de risc;

- Pacienti cu DZ fara afectare de organ tinta, cu o durata a DZ >= 10 ani sau alt factor de risc aditional;

- BRC moderata (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);
- Risc SCORE calculat 5% si < 10% pentru risc de BCV fatala la 10 ani.

Risc foarte inalt: Persoane cu oricare din urmatoarele:

- BCV aterosclerotica documentata clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotica documentata include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angina instabila), angina stabila, revascularizare coronariana (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arteriala), accident vascular cerebral si AIT, boala arteriala periferica. BCV aterosclerotica cert documentata imagistic include acele modificari care sunt predictori de evenimente clinice, precum placile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boala coronariana multivasculara cu doua artere epicardice mari avand stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiana;
- DZ cu afectare de organ tinta sau cel putin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce si durata lunga (> 20 de ani);
- BRC severa (eGFR < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);
- Risc SCORE calculat >= 10% pentru risc de BCV fatala la 10 ani;
- FH (hipercolesterolemie familiala) cu BCV aterosclerotica sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adultii fara simptome care sa sugereze o afectiune cardiovasculara de peste 40 de ani fara evidente de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familiala sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

#### 1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC:

a. evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: intocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat si recomandare pentru initierea terapiei.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza factori declansatori, istoric personal si familial; examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpate pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati; recomandare pentru investigatii paraclinice: hemoleucograma completa, radiografie pulmonara; recomandare pentru consultatie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz, in vederea efectuarii inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt inregistrate in evidenta medicului de familie cu astm bronsic sau BPOC.

Initierea interventiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viata - fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronsic - tinta terapeutica este reprezentata de controlul simptomelor si preventia exacerbarilor, declinul functiei pulmonare si a efectelor adverse medicamentoase, cu combinatia farmacologica si in dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al simptomelor astmului bronsic - criteriile urmarite in ultimele 4 saptamani:

1. limitarea simptomelor diurne in cel mult 2 ocazii/saptamana
2. consumul de beta2 agonist la nevoie in cel mult 2 ocazii/saptamana
3. prezenta simptomelor nocturne
4. limitarea activitatii datorata astmului Astm bronsic controlat: Nici un criteriu Astm bronsic partial controlat: 1 - 2 criterii Astm bronsic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodica a factorilor de risc pentru exacerbari, deteriorarea functiei pulmonare si efecte adverse medicamentoase.

NOTA:

Pentru tratamentul pacientilor cu astm dupa o exacerbare severa sau cu simptome importante sau frecvente este necesara recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrica sau alergologie si imunologie clinica.

a.2. Pentru BPOC - tinta terapeutica este reprezentata de renuntarea la fumat si controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toti pacientii: educatie intensiva pentru renuntare la fumat, evitarea altor factori de risc, dieta, activitate fizica, reguli de viata, vaccinare antigripala si antipneumococica;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face in functie de evaluarea personalizata a simptomelor si riscului de exacerbari (clasele de risc ABE GOLD)

NOTA:

Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesara recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrica.

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii si identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educatia pacientului privind boala, evolutia ei, intelegerea rolului diferitelor clase de medicamente si a utilizarii lor, intelegerea rolului pacientului in managementul de lunga durata a bolii, sfatul pentru renuntarea la fumat; evaluarea compliantei la tratament si recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronsic, tinta terapeutica este reprezentata de controlul simptomelor cu combinatia farmacologica si in dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, tinta terapeutica este reprezentata de renuntarea la fumat si controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii si prevenirea exacerbarilor.

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ: anamneza, factori declansatori cauze de control inadecvat; examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpate pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, in functie de severitate - pentru efectuarea de investigatii paraclinice pentru stabilirea severitatii/nivelului de control si monitorizarea evolutiei astmului bronsic si BPOC: hemoleucograma completa si daca se suspecteaza complicatii - radiografie pulmonara, dupa caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz, in vederea efectuarii inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Educatia pacientului se realizeaza prin sfaturi pentru modificarea stilului de viata: fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere/vaccinare antigripala.

Evaluarea compliantei la recomandarile terapeutice se realizeaza cu atentie sporita la complianta la medicamente si verificarea la fiecare vizita a intelegerii utilizarii diferitelor clase de medicamente si a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrica/alergologie si imunologie clinica, dupa caz, este recomandata cel putin in urmatoarele situatii:

- pentru astm bronsic, la pacientii cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator si/sau Montelukast

- pentru BPOC, la pacientii cu forme severe de boala (VEMS < 50% din valoarea prezisa) si la cei cu dispnee severa sau exacerbari frecvente (una severa sau doua moderate in ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durata lunga de actiune  
- incertitudine diagnostic.

#### 1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: evaluarea gradului de risc in functie de filtratul glomerular, albuminurie si boala renala primara; stabilirea obiectivelor terapeutice si intocmirea planului de ingrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) si initierea terapiei.

##### NOTA:

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt cele care nu sunt inregistrate in evidenta medicului de familie cu boala cronica de rinichi.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza (antecedente familiale si personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectarii renale si al co-morbiditatilor relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigatii paraclinice: creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe, examen sumar de urina, determinarea raportului albumina/creatinina in urina (RACU) de doua ori in interval de 3 luni, ecografie de organ - renala; Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate.

Initierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viata: renuntare la fumat, dieta hiposodata, activitate fizica; recomandare pentru tratament medicamentos vizand controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului RFGe si al dislipidemieii, dupa caz; educatia pacientului pentru auto-ingrijire. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta cuprinde: bilantul periodic, de doua ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arteriala, raport albumina/creatinina in urina (RACU), declin RFGe); revizuirea medicatiei (medicamente, doze), dupa caz; evaluarea aderentei la programul terapeutic (dieta, medicatie); recomandare pentru investigatii paraclinice creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe, determinarea raportului albumina/creatinina in urina (RACU), examen sumar de urina; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultatie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinata de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform incadrarii in nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 - A3) (evaluata prin raportul albumina/creatinina, in mg/g):

- A1- absenta sau usor crescuta - < 30 mg/g
- A2- microalbuminurie - 30-300 mg/g
- A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinata prin ecuatia CKD-EPI plecand de la creatinina serica, exprimata in ml/min):

- G1 - normal eRFG  $\geq$  90ml/min
- G2 - usor scazut eRFG 60-89ml/min
- G3a - usor pana la moderat scazuta eRFG 45-59ml/min
- G3b - moderat pana la sever scazuta: eRFG 30-44ml/min
- G4- sever scazuta eRFG eRFG 15-29ml/min
- G5 - Insuficienta renala 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 nonurologica

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

d. injurie acuta a rinichiului (scaderea eRFG mai mare de 30% in interval de 14 zile);

e. HTA necontrolata;

f. Instalarea complicatiilor BCR (anemie, acidoza, diselectrolitemii, tulburari ale metabolismului mineral-osos)

Recomandarea pentru consultatie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacientii cu risc inalt - G3bA1, G3aA2, oricare G si A3 sau risc foarte inalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 si G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopica de cauza nonurologica, hipertensiune arteriala necontrolata.

Persoanele neasigurate suporta integral costurile consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacientii cu risc mic sau moderat de Boala Cronica de Rinichi - asa cum reiese din parametrul de risc evaluati - diagnosticul si monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, pana in momentul evolutiei parametrilor de risc asociati bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive si profilactice includ:

1.2.1. Consultatii preventive periodice active oferite persoanelor cu varsta intre 0 - 18 ani privind:

a. cresterea si dezvoltarea;

b. starea de nutritie si practicile nutritionale;

c. depistarea si interventia in consecinta pentru riscurile specifice grupei de varsta/sex; serviciile preventive pentru copii se acorda pe grupe de varsta si sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate in urma consultatiilor preventive.

1.2.1.1. Frecventa efectuarii consultatiilor se va realiza dupa cum urmeaza:

a) la externarea din maternitate si la 1 luna - la domiciliul copilului, - timpul mediu /consultatie in cabinet cu durata estimata de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu /consultatie in cabinet cu durata estimata de 30 minute;

c) o data pe an de la 4 la 18 ani.

##### NOTA:

Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru preventie sunt:

a. Varsta cuprinsa intre 2 ani si 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completa
- Feritina

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfataza alcalina

b. Varsta cuprinsa intre 6 ani si 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masa corporala - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Varsta cuprinsa intre 10 ani si 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masa corporala - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (dupa inceperea vietii sexuale)

- VDRL sau RPR

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- Hemoleucograma completa
- Feritina

1.2.2. Consultatii in vederea monitorizarii evolutiei sarcinii si lauziei, conform prevederilor legale in vigoare:

a) luarea in evidenta in primul trimestru; se deconteaza o consultatie; serviciul include si depistarea sarcinii, dupa caz;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a se deconteaza o consultatie/luna. In situatia in care luarea in evidenta a gravidei are loc in luna a 3-a, pentru aceasta luna se va raporta casei de asigurari de sanatate numai luarea in evidenta a gravidei, nu si supravegherea;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv; se deconteaza doua consultatii/luna;

d) urmarirea lauziei la externarea din maternitate - la cabinet si la domiciliu; se deconteaza o consultatie;

e) urmarirea lauziei la 4 saptamani de la nastere - la cabinet si la domiciliu; se deconteaza o consultatie.

1.2.2.1. In cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, lues a femeii gravide, precum si alte investigatii paraclinice necesare, dintre cele prevazute in pachetul de baza.

NOTA 1: In conformitate cu programul de monitorizare, investigatiile paraclinice si tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de catre medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul in care gravida este luata in evidenta de catre acesta si pana la 4 saptamani de la nastere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

1.2.3. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor din populatia generala - fara semne de boala, care nu sunt in evidenta medicului de familie cu orice boala/boli cronice, se vor realiza dupa cum urmeaza:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani - o data pe an, pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se deconteaza maxim doua consultatii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se acorda in maximum 90 de zile de la prima consultatie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu varsta > 40 ani, 1 - 3 consultatii/persoana/pachet preventie ce se deconteaza anual. Pachetul de preventie cuprinde maxim 3 consultatii: consultatie de evaluare initiala, consultatie pentru interventie individuala privind riscurile modificabile si consultatie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de preventie se deconteaza anual - pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumator vor fi transmise in PIAS odata cu raportarea serviciului, in vederea validarii acestuia.

NOTA: Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru preventie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu varsta cuprinsa intre 18 si 39 ani

- Hemoleucograma completa
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGE
- TGO

- TGP
  - determinarea raportului albumina/creatinina in urina (RACU)
  - b. pentru femeia cu varsta intre 18 si 39 ani care planifica o sarcina
    - senologie imagistica
    - examen Babes-Papanicolau la 2 ani
    - VDRL sau RPR
  - c. pentru adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste
    - Hemoleucograma completa
    - VSH
    - Glicemie
    - Colesterol seric total
    - LDL colesterol
    - Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe
    - PSA la barbati
    - TGO
    - TGP
    - determinarea raportului albumina/creatinina in urina (RACU)
    - senologie imagistica TSH si FT4 la femei
- 1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei) si depistare de boli cu potential endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz). Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 423/2020.

**NOTA:**

Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

1.2.4.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

- a) consilierea femeii privind planificarea familiala, inclusiv evaluarea femeii preconceptie;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc.

1.2.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la litera a) sau serviciile prevazute la literele a) si b); se deconteaza maximum doua consultatii pe an calendaristic, pe persoana.

1.2.5.2. Consultatiile pentru acordarea serviciilor de planificare familiala se refera atat la planificarea vietii reproductive cat si la evaluarea femeii preconceptie:

Planificarea vietii reproductive cuprinde:

- investigarea numarului, spatierea sarcinilor si calendarul copiilor preconizati in vederea indicarii contraceptiei eficiente pentru a permite implementarea acestui plan si reduce riscul unei sarcini neplanificate;

- constientizarea fertilitatii si despre cum se reduce fertilitatea cu varsta, sansa de conceptie, riscul de infertilitate si anomalii fetale;

- pentru pacientele care nu planuiesc sa ramana insarcinate se indica contraceptia eficienta si optiunile contraceptive de urgenta.

Evaluarea femeii preconceptie cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-nascutilor, pierderea fatului, malformatii congenitale, prematuritate, greutate mica la nastere, diabet gestational);

- istoricul medical (afectiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiana, HTA, epilepsie si trombofilie);

- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fara prescriptie medicala, vitamine si suplimente alimentare);

- evaluarea fizica generala (examinare a sanilor, testul Babes Papanicolau efectuat inainte de sarcina, indicele de masa corporala si tensiunea arteriala); evaluarea statusului de nutritie si recomandarea de exercitii fizice

- consumul de substante (consumul de tutun, alcool si droguri ilegale si respectiv consilierea pentru renuntarea la fumat, alcool si droguri ilegale daca e cazul);

- istoricul vaccinarilor (vaccinarea impotriva hepatitei B, rubeolei si varicelei);

- suplimentarea cu acid folic.

- evaluarea sanatatii psihosociale (evaluarea sanatatii mintale perinatale, inclusiv anxietatea si depresia, conditiile de sanatate mintala preexistente, evaluare si tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor si riscul de exacerbare a tulburarilor de comportament in sarcina si post-partum); evaluarea mediului inconjurator in ceea ce priveste expunerea repetata la toxine periculoase in mediul casnic si la locul de munca care poate afecta fertilitatea si creste riscul de avort spontan si de malformatii congenitale. Se recomanda evitarea infectiilor TORCH: Toxoplasmoza, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioza), Rubeola, Citomegalovirus si Herpes simplex.

1.2.6. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni cronice pentru persoane cu varsta intre 40 si 60 ani, care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor inscrisi pe lista medicului de familie si care sunt deja inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se deconteaza maxim doua consultatii/neasigurat, anual.

1.2.6.2 Consultatia preventiva de depistare precoce a unor afectiuni cronice la adultii care sunt inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate altor afectiuni cu pondere importanta asupra poverii imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, cancer, boala cronica de rinichi, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii, in cazul in care persoana nu este deja diagnosticata cu aceste afectiuni.

**NOTA 1:**

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluarii in vederea depistarii precoce a acestora.

**NOTA 2:**

In cadrul consultatiilor preventive de depistare precoce a unor afectiuni, adultii cu varsta intre 40 si 60 ani beneficiaza de aceleasi evaluari, interventii si recomandare de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute pentru adultii asimptomatici cu varsta de 40 de ani si peste. Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau

care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

1.2.7. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni cronice pentru persoane cu varsta de peste 60 de ani, care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor inscrisi pe lista medicului de familie si care sunt deja inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.7.1. Se deconteaza maxim doua consultatii/neasigurat, anual.

1.2.7.2. Consultatia cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata): evaluarea practicilor nutritionale si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos, obezitatea, activitatea fizica, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sanatatea orala, consumul de substante interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu exceptia persoanelor cu BCV diagnosticata anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ tinta, boala cronica de rinichi moderata sau severa, hipercolesterolemie familiala, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boala cronica de rinichi; evaluarea sanatatii mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoza; evaluarea riscului de incontinenta urinara; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de dementa.

NOTA 1:

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluarii in vederea depistarii precoce a acestora.

NOTA 2:

Pentru recomandarea de investigatii paraclinice, recomandarea consultatiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandari sau prescriptii utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru adultul cu varsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afectiuni sunt urmatoarele:

- Hemoleucograma completa
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe
- examinare DXA
- PSA la barbati
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumina/creatinina urinara
- senologie imagistica,
- examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH si FT4 la femei

Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate in urma consultatiilor preventive.

1.2.8. Pentru persoanele care nu prezinta simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu varsta de 18 ani si peste, supraponderali/obezi si/sau care prezinta unul sau mai multi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomanda efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranta la glucoza per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomanda aceste investigatii cu ocazia acordarii altor tipuri de consultatii, daca persoana nu a mai efectuat investigatiile recomandate in ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

NOTA:

Pentru pacientii care indeplinesc cel putin una din urmatoarele conditii:

- a) Glicemie bazala (a jeun) cuprinsa in intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) si/sau
- b) TTGO cuprins in intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) si/sau
- c) HBA1c cuprinsa in intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul in Programul National de Diabet Zaharat (PNS 5) si va initia tratamentul cu DCI Metforminum inclus in sublista C sectiunea C2, PNS 5 - Programul national de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in doza titrabila de la 500 mg/zi pana la 2000 mg/zi.

Daca la consultatiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este  $\geq 6,5\%$ , medicul de familie va trimite pacientul pentru consultatie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet.

1.2.9. Pentru persoanele cu varsta de 18 ani si peste, care nu prezinta simptome sugestive pentru boala cronica de rinichi, dar care au unul sau mai multi factori de risc pentru boala cronica de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arteriala sau diabet zaharat, se recomanda efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) si determinarea Raport albumina/creatinina in urina (RACU). Se recomanda aceste investigatii cu ocazia acordarii altor tipuri de consultatii, daca persoana nu a mai efectuat investigatiile recomandate in ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

NOTA

Pentru pacientii cu risc mic de boala cronica de rinichi G1-2 si A1, se recomanda repetarea acestor analize anual.

Pentru pacientii cu risc moderat de boala cronica de rinichi, G3a A1 si G1-2 A2, se recomanda repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacientii cu risc inalt sau foarte inalt, toate celealte cazuri G si A, se indruma spre medicul nefrolog.

Persoanele neasigurate suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice si pentru consultatiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate in urma consultatiilor preventive.

1.3. Consultatiile la domiciliu

1.3.1. Se acorda persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, in afara cabinetului i, in timpul programului de lucru pentru consultatiile la domiciliu.

1.3.2. Consultatiile la domiciliu se acorda persoanelor neasigurate nedepasabile din motiv de invaliditate permanenta sau invaliditate temporara, asiguratilor persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu varsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase si lauzelor.

1.3.3. Se considera consultatie la domiciliu, inclusiv consultatia/examinarea acordata de medicul de familie in vederea constatarii decesului.



1.3.4. Consultatiile la domiciliu acordate de catre medicul de familie pentru o persoana neasigurata inregistrata pe lista proprie se deconteaza astfel: maximum doua consultatii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizari ale bolilor cronice, maximum o consultatie pe luna pentru toate afectiunile cronice/ persoana neasigurata si o consultatie pentru fiecare situatie de urgenta. Informatiile medicale se inregistreaza in fisa medicala.

1.3.5. Consultatiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultatii pe luna pe medic cu lista proprie de persoane inscrise dar nu mai mult de trei consultatii pe zi.

NOTA:

Consultatiile la domiciliu se consemneaza in registrul de consultatii la domiciliu, care va contine data si ora consultatiei, numele si prenumele, persoanei neasigurate sau apartinatorului, dupa caz, pentru situatia in care nu se utilizeaza cardul conform prevederilor legale in vigoare.

1.4. Serviciile diagnostice si terapeutice - reprezinta servicii care se pot acorda exclusiv persoanelor de pe lista proprie, in cadrul programului de lucru declarat in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in cadrul unui program de lucru prelungit prin incheierea unui act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitarii, sau in afara programului declarat in contractul cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz.

Medicii de familie efectueaza si/sau interpreteaza serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate conform curriculei de pregatire, cu respectarea ghidurilor de practica medicala si in concordanta cu diagnosticul, numai ca o consecinta a actului medical propriu, pentru persoanele din lista proprie/din lista constituita la sfarsitul lunii anterioare, in cazul medicilor de familie nou-veniti intr-o localitate care incheie cu casa de asigurari de sanatate conventie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate conform curriculei de pregatire a medicului in cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat in contractul/conventia incheiat/a cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul unui program de lucru prelungit prin incheierea unui act aditional la contractul/conventia incheiat/a cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz, sunt nominalizate in tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Masurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Masurarea indicelui de presiune glezna - brat*3)
4.	Efectuarea si interpretarea electrocardiografei*3)
5.	Tuseu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extractie corp strain din fosele nazale*2), *4)
8.	Extractie corp strain din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicatie aerosoli (nu include medicatia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fara clisma evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Imobilizare entorsa*2), *4)
13.	Tratamentul chirurgical al panaritiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plagi, arsuri, extractie corpi straini tesut moale (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, pansament, infiltratii, proceduri de evacuare colectii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fara nastere*2), *4) *5)
15.	Nastere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicatia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen pana la predarea catre echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babes-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractura la pacientii cu osteoporoza
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxatii *1), *2), *4)
25.	Spalatura gastrica *1), *2), *4)

\*1) Serviciile includ tratamentul si supravegherea pana la vindecare.

\*2) Serviciile se pot acorda si in afara programului declarat in contractul cu casa de asigurari de sanatate.

\*3) Serviciile sunt acordate numai in cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzatoare.

\*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitarii, in cadrul programului de domiciliu sau in afara programului declarat in contractul cu casa de asigurari de sanatate.

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

NOTA:

Decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent decontarii pachetului minimal in asistenta medicala primara, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare si consumabilele specifice.

1.5. Activitatile de suport sunt reprezentate de eliberarea urmatoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenta, necesare pentru evaluarea si reevaluarea in vederea incadrarii in grad de handicap, precum si in contextul dispunerii, prelungirii, inlocuirii sau ridicarii masurii de ocrotire;

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, ca urmare a examinarii pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justitiei si ministrului sanatatii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatarilor si a altor lucrari medico-legale.

NOTA:

Se deconteaza un serviciu - consultatie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent daca s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat in scris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate si in afara programului prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

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

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de familie, precum si costurile altor activitati de suport altele decat cele prevazute la subpt. 1.5.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

1. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de preventie;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii medicale additionala, servicii diagnostice si terapeutice;

1.5. activitati de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative:

1.1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de familie acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-au asigurat interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitarii. Serviciile se acorda atat pentru persoanele asigurate inscrise pe lista proprie, cat si pentru persoanele asigurate inscrise pe lista altui medic de familie aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.

NOTA 1:

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii.

NOTA 2:

Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se acorda in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului in cadrul programului pentru consultatii la domiciliu sau la locul solicitarii. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se pot acorda inclusiv in afara programului de lucru.

NOTA 3:

Cazurile de urgenta medico-chirurgicala care se trimit catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de familie in documentele de evidenta primara de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.1.2. Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale unor afectiuni cronice, care cuprinde urmatoarele activitati:

a. anamneza, examenul clinic general;

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

c. recomandare pentru investigatii paraclinice in vederea stabilirii diagnosticului si pentru monitorizare;

d. manevre de mica chirurgie, dupa caz;

e. stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igienico-dietetic, precum si instruirea asiguratului in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;

f. bilet de trimitere pentru consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu, dupa caz, sau pentru internare in spital pentru cazurile care necesita aceasta sau care depasesc competenta medicului de familie;

- g. recomandare pentru tratament de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu sau in sanatorii balneare, dupa caz;
  - h. recomandare pentru tratament de recuperare in sanatorii si preventorii, dupa caz;
  - i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar;
  - j. recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;
- 1.1.2.1. Consultatiile sunt acordate la cabinet pentru afectiuni acute/subacute sau acutizari ale unor afectiuni cronice iar la domiciliu se au in vedere si prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boala acuta/subacuta sau acutizare a unor afectiuni cronice/asigurat se deconteaza maxim doua consultatii.

NOTA:

Medicul de familie consemneaza in biletul de trimitere sau ataseaza la acesta, in copie, rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate atunci cand acestea au fost necesare pentru a sustine si/sau confirma diagnosticul mentionat pe biletul de trimitere si data la care au fost efectuate, data si perioada pentru care a fost eliberata ultima prescriptie medicala si tratamentul prescris, daca 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 specialitati clinice sau medicul curant din spital.

1.1.2.2. Consultatiile pentru bolile cu potential endemo-epidemic ce necesita izolare pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea acelorasi conditii de acordare ca si consultatiile in cabinet pentru afectiunile acute.

Medicul de familie consemneaza consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate, si va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronica.

1.1.3. Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice - se vor realiza pe baza de programare pentru:

- a) supravegherea evolutiei bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicatiilor;
- d) educatia asiguratului si/sau a apartinatorilor privind ingrijirea si autoingrijirea.

Consultatiile cuprind, dupa caz, activitatile de la punctele a - j prevazute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de catre medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de catre medic si in conditiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afectiunile cronice/asigurat se deconteaza o consultatie pe luna.

NOTA:

Medicul de familie consemneaza in biletul de trimitere sau ataseaza la acesta, in copie, rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate atunci cand acestea au fost necesare pentru a sustine si/sau confirma diagnosticul mentionat pe biletul de trimitere si data la care au fost efectuate, data si perioada pentru care a fost eliberata ultima prescriptie medicala si tratamentul prescris, daca 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 specialitati clinice sau medicul curant din spital.

1.1.3.2. Consultatiile pentru afectiunile cronice pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea acelorasi conditii de acordare ca si consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice.

Medicul de familie consemneaza consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate, si va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronica.

1.1.4. Consultatii de monitorizare activa prin plan de management integrat pe baza de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor privind: riscul cardiovascular inalt - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2, astm bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC si boala cronica de rinichi.

1.1.4.1. Consultatiile de monitorizare activa acopera urmatoarele:

- a) Evaluarea initiala a cazului nou depistat in primul trimestru dupa luarea in evidenta, episod ce poate include trei consultatii la medicul de familie ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilant clinic initial care include screeningul complicatiilor, initierea si ajustarea terapiei pana la obtinerea raspunsului terapeutic preconizat, educatia pacientului, recomandare pentru investigatii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie;
- b) Monitorizarea pacientului cuprinde doua consultatii programate, acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicatiilor, educatia pacientului, investigatii paraclinice si tratament. O noua monitorizare se face dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: evaluarea afectarii organelor tinta; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, initierea interventiilor de modificare a riscului, evaluarea raspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor tinta specifice cazului.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza; examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, ascultatie si palpare pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati care pot induce HTA secundara, masurarea circumferintei abdominale, examinarea piciorului pentru pacientii cu diabet zaharat tip 2, masurarea TA; bilet de trimitere pentru consultatie de specialitate/investigatii paraclinice in vederea efectuarii urmatoarelor investigatii paraclinice: hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFG), determinarea Raport albumina/creatinina in urina (RACU), examen sumar de urina cu sediment urinar, EKG; Interventiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viata, fumat, dieta, activitate fizica; interventii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile tinta stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viata si/sau terapie medicamentoasa; educatie pentru auto-ingrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul si ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli

metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2.b. Monitorizare activa a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi si diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilantul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evolutiei afectiunii - screeningul complicatiilor/afectarea organelor tinta; tratament/ajustarea medicatiei, dupa caz.

NOTA: Pentru tratamentul si ajustarea medicatiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet.

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ: examen clinic in cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigatii paraclinice specifice respectiv hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica, cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata, albuminurie cu determinarea raport albumina/creatinina urinara, in functie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, in functie de nivelul de risc pentru consultatie de specialitate la cardiologie in vederea efectuarii inclusiv a EKG, medicina interna, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igienico-dietetice si educatie pentru auto-ingrijire.

Criterii de incadrare in nivel de risc:

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

Risc moderat: Pacienti tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durata a DZ de < 10 ani, fara alti factori de risc; Risc SCORE calculat >= 1% si < 5% pentru risc de BCV fatala la 10 ani; HTA grad 2;

Risc inalt: Persoane cu:

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

- Pacienti cu hipercolesterolemie familiala (FH) fara alti factori majori de risc;

- Pacienti cu DZ fara afectare de organ tinta, cu o durata a DZ ≥ 10 ani sau alt factor de risc additional;

- BRC moderata (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);

- Risc SCORE calculat 5% si < 10% pentru risc de BCV fatala la 10 ani.

Risc foarte inalt: Persoane cu oricare din urmatoarele:

- BCV aterosclerotica documentata clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotica documentata include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angina instabila), angina stabila, revascularizare coronariana (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arteriala), accident vascular cerebral si AIT, boala arteriala periferica. BCV aterosclerotica cert documentata imagistic include acele modificari care sunt predictori de evenimente clinice, precum placile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boala coronariana multivasculara cu doua artere epicardice mari avand stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiana;

- DZ cu afectare de organ tinta sau cel putin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce si durata lunga (> 20 de ani);

- BRC severa (eGFR < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);

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

- FH (hipercolesterolemie familiala) cu BCV aterosclerotica sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adultii fara simptome care sa sugereze o afectiune cardiovasculara de peste 40 de ani fara evidente de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familiala sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC:

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: intocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat si initierea terapiei.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza factori declansatori, istoric personal si familial; examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpate pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati; trimitere pentru investigatii paraclinice: hemoleucograma completa, radiografie pulmonara; trimitere pentru consultatie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz, in vederea efectuarii inclusiv a spirometriei.

NOTA:

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu astm bronsic sau BPOC.

Initierea interventiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viata - fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere suport specializat;

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

A. Nivelul de control al astmului bronsic - 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. prezenta simptomelor nocturne

4. limitarea activității datorată astmului Astm bronsic controlat: Nici un criteriu Astm bronsic parțial controlat: 1 - 2 criterii Astm bronsic necontrolat: 3 - 4 criterii

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

NOTA:

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, tinta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dieta, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală și antipneumococică;

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

NOTA:

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

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii si identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educatia pacientului privind boala, evolutia ei, intelegerea rolului diferitelor clase de medicamente si a utilizarii lor, intelegerea rolului pacientului in managementul de lunga durata a bolii, sfatul pentru renuntarea la fumat; evaluarea compliantei la tratament si ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor; Pentru astm bronic - tinta terapeutica - controlul simptomelor cu combinatia farmacologica si in dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - tinta terapeutica - renuntarea la fumat si controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii si prevenirea exacerbarilor.

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ: anamneza, factori declansatori cauze de control inadecvat, examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpate pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, in functie de severitate - pentru efectuarea de investigatii paraclinice pentru stabilirea severitatii/nivelului de control si monitorizarea evolutiei astmului bronic si BPOC: hemoleucograma completa si, daca se suspecteaza complicatii - radiografie pulmonara, dupa caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz, in vederea efectuarii inclusiv a spirometriei.

Educatia pacientului se realizeaza prin sfaturi pentru modificarea stilului de viata: fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere/vaccinare antigripala.

Evaluarea compliantei la recomandari terapeutice se realizeaza cu atentie sporita la complianta la medicamente si verificarea la fiecare vizita a intelegerii utilizarii diferitelor clase de medicamente si a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimite la medicul de specialitate pneumologie/pneumologie pediatrica/alergologie si imunologie clinica, dupa caz, este recomandata cel putin in urmatoarele situatii: - pentru astm bronic, la pacientii cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator si/sau Montelukast - pentru BPOC, la pacientii cu forme severe de boala (VEMS < 50% din valoarea prezisa) si la cei cu dispnee severa sau exacerbari frecvente (una severa sau doua moderate in ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durata lunga de actiune - incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in: evaluarea gradului de risc in functie de filtratul glomerular, albuminurie si boala renala primara; stabilirea obiectivelor terapeutice si intocmirea planului de ingrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) si initierea terapiei.

NOTA:

Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu boala cronica de rinichi.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde: anamneza (antecedente familiale si personale, expunere la nefrotice, istoric al afectarii renale si al co-morbiditatilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice: creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - eRFG, examen sumar de urina, raport albumina/creatinina urinara de doua ori in interval de 3 luni, ecografie de organ - renala;

Initierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viata: renuntare la fumat, dieta hiposodata, activitate fizica; tratament medicamentos vizand controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG si al dislipidemie, dupa caz; educatia pacientului pentru auto-ingrijire.

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta cuprinde: bilantul periodic de doua ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arteriala, raport albumina/creatinina urinara, declin RFG); revizuirea medicatiei (medicamente, doze), dupa caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dieta, medicatie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigatii paraclinice creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFG, determinarea raportului albumina/creatinina urinara, examen sumar de urina; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Decizia de a trimite pacientul pentru consultatie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinata de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform incadrării in nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 - A3) (evaluata prin raportul albumina/creatinina, in mg/g):

- A1- absenta sau usor crescuta - < 30 mg/g
- A2- microalbuminurie - 30-300 mg/g
- A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinata prin ecuatia CKD-EPI plecand de la creatinina serica, exprimata in mL/min):

- G1 - normal eRFG  $\geq$  90mL/min
- G2 - usor scazut eRFG 60-89mL/min
- G3a - usor pana la moderat scazuta eRFG 45-59mL/min
- G3b - moderat pana la sever scazuta: eRFG 30-44mL/min
- G4- sever scazuta eRFG eRFG 15-29mL/min
- G5 - Insuficienta renala 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 nonurologica

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

d. injurie acuta a rinichiului (scaderea eRFG mai mare de 30% in interval de 14 zile);

e. HTA necontrolata;

f. Instalarea complicatiilor BCR (anemie, acidoza, diselectrolitemii, tulburari ale metabolismului mineral-osos)

Biletul de trimitere pentru consultatie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacientii cu risc inalt - G3bA1, G3aA2, oricare G si A3 sau risc foarte inalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 si G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopica de cauza non-urologica, hipertensiune arteriala necontrolata. Pentru pacientii cu risc mic sau moderat de Boala Cronica de Rinichi - asa cum reiese din parametrii de risc evaluati - diagnosticul si monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, pana in momentul evolutiei parametrilor de risc asociati bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive si profilactice includ:

1.2.1. Consultatii preventive periodice active oferite persoanelor cu varsta intre 0 - 18 ani privind:

a. cresterea si dezvoltarea;

b. starea de nutritie si practicile nutritionale;

c. depistarea si interventia in consecinta pentru riscurile specifice grupei de varsta/sex; serviciile preventive pentru copii se acorda pe grupe de varsta si sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

1.2.1.1. Frecventa efectuarii consultatiilor se va realiza dupa cum urmeaza:

- a) la externarea din maternitate si la 1 luna - la domiciliul copilului;  
- timpul mediu /consultatie in cabinet cu durata estimata de 30 minute;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;  
- timpul mediu/consultatie in cabinet cu durata estimata de 30 minute;
- c) o data pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1:

In cadrul consultatiilor preventive copiii cu varsta cuprinsa intre 2 si 18 ani, beneficiaza anual de investigatii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigatii. Biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru preventie sunt:

a. Varsta cuprinsa intre 2 ani si 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completa
- Feritina

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfataza alcalina

b. Varsta cuprinsa intre 6 ani si 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masa corporala - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala

• Proteine totale serice

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Varsta cuprinsa intre 10 ani si 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masa corporala - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala

• LDL colesterol

- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (dupa inceperea vietii sexuale)

• VDRL sau RPR

Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completa
- Feritina

NOTA 2:

Furnizorul de analize de laborator efectueaza fara recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie) in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, respectiv efectueaza TPHA in situatia in care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.2. Consultatii in vederea monitorizarii evolutiei sarcinii si lauziei, conform prevederilor legale in vigoare:

a) luarea in evidenta in primul trimestru; se deconteaza o consultatie; serviciul include si depistarea sarcinii, dupa caz

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a se deconteaza o consultatie/luna. In situatia in care luarea in evidenta a gravidei are loc in luna a 3-a, pentru aceasta luna se va raporta casei de asigurari de sanatate numai luarea in evidenta a gravidei, nu si supravegherea;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv; se deconteaza doua consultatii/luna;

d) urmarirea lauziei la externarea din maternitate - la cabinet si la domiciliu; se deconteaza o consultatie;

e) urmarirea lauziei la 4 saptamani de la nastere - la cabinet si la domiciliu; se deconteaza o consultatie.

1.2.2.1. In cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, lues a femeii gravide, precum si alte investigatii paraclinice necesare, dintre cele prevazute in pachetul de baza.

NOTA:

In conformitate cu programul de monitorizare, investigatiile paraclinice si tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de catre medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul in care gravida este luata in evidenta de catre acesta si pana la 4 saptamani de la nastere.

1.2.3. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor din populatia generala - fara semne de boala - care nu sunt in evidenta medicului de familie cu orice boala/boli cronice, se vor realiza dupa cum urmeaza:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani - o data pe an, pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se deconteaza maxim doua consultatii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se acorda in maximum 90 de zile de la prima consultatie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu varsta > 40 ani, 1 - 3 consultatii/asigurat/pachet preventie ce se deconteaza anual. Pachetul de preventie cuprinde maxim 3 consultatii: consultatie de evaluare initiala, consultatie pentru interventie individuala privind riscurile modificabile si consultatie pentru

monitorizare/control ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenire se deconteaza anual - pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumator vor fi transmise in PIAS odata cu raportarea serviciului, in vederea validarii acestuia.

NOTA 1:

In cadrul consultatiilor preventive asiguratii asimptomatici cu varsta peste 18 ani, cu factori de risc modificabili, beneficiaza anual de investigatii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigatii. Biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru prevenire sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu varsta cuprinsa intre 18 si 39 ani

- Hemoleucograma completa
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumina/creatinina urinara

b. pentru femeia cu varsta intre 18 si 39 ani care planifica o sarcina

- senologie imagistica
- examen Babes-Papanicolau la 2 ani
- VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste

- Hemoleucograma completa
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - RFGe
- PSA la barbati
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumina/creatinina urinara
- senologie imagistica, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH si FT4 la femei

NOTA 2:

Furnizorul de analize de laborator efectueaza fara recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie) in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, respectiv efectueaza TPHA in situatia in care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei) si depistare de boli cu potential endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz). Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 423/2020.

1.2.4.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

- a) consilierea femeii privind planificarea familiala, inclusiv evaluarea femeii preconceptie;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc.

1.2.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la litera a) sau serviciile prevazute la literele a) si b); se deconteaza maximum doua consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.2.5.2. Consultatiile pentru acordarea serviciilor de planificare familiala se refera atat la planificarea vietii reproductive cat si la evaluarea femeii preconceptie:

Planificarea vietii reproductive cuprinde:

- investigarea numarului, spatierea sarcinilor si calendarul copiilor preconizati in vederea indicarii contraceptiei eficiente pentru a permite implementarea acestui plan si reduce riscul unei sarcini neplanificate;
- constientizarea fertilitatii si despre cum se reduce fertilitatea cu varsta, sansa de conceptie, riscul de infertilitate si anomalii fetale;
- pentru pacientele care nu planuiesc sa ramana insarcinate se indica contraceptia eficienta si optiunile contraceptive de urgenta.

Evaluarea femeii preconceptie cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-nascutilor, pierderea fatului, malformatii congenitale, prematuritate, greutate mica la nastere, diabet gestational);
- istoricul medical (afectiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare ca de ex. diabetul zaharat, boala tirodiana, HTA, epilepsie si trombofilie);
- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fara prescriptie medicala, vitamine si suplimente alimentare);
- evaluarea fizica generala (examinare a sanilor, testul Babes Papanicolau efectuat inainte de sarcina, indicele de masa corporala si tensiunea arteriala); evaluarea statusului de nutritie si recomandarea de exercitii fizice
- consumul de substante (consumul de tutun, alcool si droguri ilegale si respectiv consilierea pentru renuntarea la fumat, alcool si droguri ilegale daca e cazul);
- istoricul vaccinarilor (vaccinarea impotriva hepatitei B, rubeolei si varicelei);
- suplimentarea cu acid folic;
- evaluarea sanatatii psihosociale (evaluarea sanatatii mintale perinatale, inclusiv anxietatea si depresia, conditiile de sanatate mintala preexistente, evaluare si tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor si riscul de exacerbare a tulburarilor de comportament in sarcina si post-partum); evaluarea mediului inconjurator in ceea ce priveste expunerea repetata la toxine periculoase in mediul casnic si la locul de munca care poate afecta fertilitatea si creste riscul de avort spontan si de

malformatii congenitale. Se recomanda evitarea infectiilor TORCH: Toxoplasmoza, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioza), Rubeola, Citomegalovirus si Herpes simplex.

1.2.6. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni cronice pentru persoane cu varsta intre 40 si 60 ani, care se acorda la cabinetul medicului de familie, in mod activ adultilor din populatia generala si care sunt deja inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se deconteaza maxim doua consultatii/asigurat, anual.

1.2.6.2. Consultatia preventiva de depistare precoce a unor afectiuni la adultii care sunt inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate altor afectiuni cu pondere importanta asupra poverii imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, cancer, boala cronica de rinichi, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii, in cazul in care persoana nu este deja diagnosticata cu aceste afectiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluarii in vederea depistarii precoce a acestora.

NOTA 2: In cadrul consultatiilor preventive de depistare precoce a unor afectiuni, adultii cu varsta intre 40 si 60 ani beneficiaza de aceleasi evaluari, interventii si investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute pentru adultii asimptomatici cu varsta de 40 de ani si peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive, nu a efectuat aceste investigatii.

1.2.7. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni cronice pentru persoane cu varsta de peste 60 de ani, care se acorda la cabinetul medicului de familie, in mod activ adultilor din populatia generala si care sunt deja inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7.1. Se deconteaza maxim doua consultatii/asigurat, anual.

1.2.7.2. Consultatia cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata): evaluarea practicilor nutritionale si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos, obezitatea, activitatea fizica, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psihosociale, sanatatea orala, consumul de substante interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu exceptia persoanelor cu BCV diagnosticata anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ tinta, boala cronica de rinichi moderata sau severa, hipercolesterolemie familiala, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boala cronica de rinichi; evaluarea sanatatii mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoza; evaluarea riscului de incontinenta urinara; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de dementa.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultatii sunt persoanele care nu sunt in evidenta medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluarii in vederea depistarii precoce a acestora.

NOTA 2 :Investigatiile paraclinice recomandate pentru adultul cu varsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afectiuni sunt urmatoarele:

- Hemoleucograma completa
  - VSH
  - Glicemie
  - Colesterol seric total
  - LDL colesterol
  - Creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata - eRFG
  - examinare DXA
  - PSA la barbati
  - TGO
  - TGP
  - determinarea raportului albumina/creatinina urinara
  - senologie imagistica, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH si FT4 la femei
- 1.2.8. Pentru asiguratii adulti care nu prezinta simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu varsta de 18 ani si peste, supraponderali/obezi si/sau care prezinta unul sau mai multi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomanda efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau testului de toleranta la glucoza per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomanda aceste investigatii cu ocazia acordarii altor tipuri de consultatii, daca persoana nu a mai efectuat investigatiile recomandate in ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

NOTA 1. Pentru pacientii care indeplinesc cel putin una din urmatoarele conditii:

a) Glicemie bazala (a jeun) cuprinsa in intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) si/sau

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

c) HBA1c cuprinsa in intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul in Programul National de Diabet Zaharat (PNS 5) si va initia tratamentul cu DCI Metforminum inclus in sublista C sectiunea C2, PNS 5 - Programul national de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in doza titrabila de la 500 mg/zi pana la 2000 mg/zi.

Daca la consultatiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este  $\geq 6,5\%$ , medicul de familie va trimite pacientul pentru consultatie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutritie si boli metabolice si/sau medici cu competenta/atestat in diabet.

1.2.9. Pentru asiguratii adulti, cu varsta de 18 ani si peste, care nu prezinta simptome sugestive pentru boala cronica de rinichi, dar care au unul sau mai multi factori de risc pentru boala cronica de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arteriala sau diabet zaharat, se recomanda efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFG) si determinarea Raport albumina/creatinina in urina (RACU). Se recomanda aceste investigatii cu ocazia acordarii altor tipuri de consultatii, daca persoana nu a mai efectuat investigatiile recomandate in ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

NOTA Pentru pacientii cu risc mic de boala cronica de rinichi G1-2 si A1, se recomanda repetarea acestor analize anual.

Pentru pacientii cu risc moderat de boala cronica de rinichi, G3a A1 si G1-2 A2, se recomanda repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacientii cu risc inalt sau foarte inalt, toate celelalte cazuri G si A, se indruma spre medicul nefrolog.

1.3. Consultatiile la domiciliu

1.3.1. Se acorda asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in afara cabinetului, in timpul programului de lucru pentru consultatiile la domiciliu.

1.3.2. Consultatiile la domiciliu se acorda asiguratilor nedepasabili din motiv de invaliditate permanenta sau invaliditate temporara, asiguratilor 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 si lauzelor.



1.3.3. Se considera consultatie la domiciliu, inclusiv consultatia/examinarea acordata de medicul de familie in vederea constatarii decesului.

1.3.4. Consultatiile la domiciliu acordate de catre medicul de familie pentru un asigurat in scris pe lista proprie se deconteaza astfel: maximum doua consultatii pentru fiecare episod acut/subacut/acutezari ale bolilor cronice, maximum o consultatie pe luna pentru toate afectiunile cronice/asigurat si o consultatie pentru fiecare situatie de urgenta. Informatiile medicale se inregistreaza in fisa medicala.

1.3.5. Consultatiile acordate la domiciliul asiguratilor - maximum 42 de consultatii pe luna pe medic cu lista proprie de persoane asigurate in scris dar nu mai mult de trei consultatii pe zi.

NOTA: Consultatiile la domiciliu se consemneaza in registrul de consultatii la domiciliu, care va contine data si ora consultatiei, numele, prenumele, asiguratului sau apartinatorului, dupa caz, pentru situatia in care nu se utilizeaza cardul conform prevederilor legale in vigoare.

1.4. Serviciile medicale aditionale, serviciile diagnostice si terapeutice - reprezinta servicii care se pot acorda exclusiv asiguratilor de pe lista proprie, in cadrul programului de lucru declarat in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul unui program de lucru prelungit prin incheierea unui act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitarii, dupa caz.

1.4.1. Servicii medicale aditionale acordate la nivelul cabinetului, in cadrul unui program de lucru la cabinet prelungit corespunzator: ecografia generala - abdomen si pelvis.

Medicii de familie efectueaza si interpreteaza ecografiile numai ca o consecinta a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituita la sfarsitul lunii anterioare, in cazul medicilor de familie nou-veniti intr-o localitate care incheie cu casa de asigurari de sanatate conventie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului, daca in cabinetele medicale in care acestia isi desfasoara activitatea exista aparatura medicala necesara; medicii de familie pot efectua ecografii generale - abdomen si pelvis numai daca au obtinut competenta confirmata prin ordin al ministrului sanatatii.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generala - abdomen si pelvis se incheie acte aditionale la contractul/conventia de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara. Decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice, in limita sumelor rezultate conform criteriilor prevazute in anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numarul maxim de ecografii ce pot fi efectuate si acordate intr-o ora, nu poate fi mai mare de 3. 1.4.2. Medicii de familie efectueaza si/sau interpreteaza serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate conform curriculei de pregatire, cu respectarea ghidurilor de practica medicala si in concordanta cu diagnosticul, numai ca o consecinta a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituita la sfarsitul lunii anterioare, in cazul medicilor de familie nou-veniti intr-o localitate care incheie cu casa de asigurari de sanatate conventie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate conform curriculei de pregatire a medicului in cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat in contractul/conventia incheiat/a cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul unui program de lucru prelungit prin incheierea unui act aditional la contractul/conventia incheiat/a cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz, sunt nominalizate in tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Masurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Masurarea indicelui de presiune glezna - brat*3)
4.	Efectuarea si interpretarea electrocardiografeii*3)
5.	Tuseu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extractie corp strain din fosele nazale*2), *4)
8.	Extractie corp strain din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicatie aerosoli (nu include medicatia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fara clisma evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Imobilizare entorsa*2), *4)
13.	Tratamentul chirurgical al panaritiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plagi, arsuri, extractie corpi straini tesut moale (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, pansament, infiltratii, proceduri de evacuare colectii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fara nastere*2), *4) *5)
15.	Nastere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicatia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)

20.	Administrarea de oxigen pana la predarea catre echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babes-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractura la pacientii cu osteoporoza
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxatii *1), *2), *4)
25.	Spalatura gastrica *1), *2), *4)

\*1) Serviciile includ tratamentul si supravegherea pana la vindecare.

\*2) Serviciile se pot acorda si in afara programului declarat in contractul cu casa de asigurari de sanatate.

\*3) Serviciile sunt acordate numai in cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzatoare.

\*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitarii, in cadrul programului de domiciliu sau in afara programului declarat in contractul cu casa de asigurari de sanatate.

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

NOTA: Decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent asistentei medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare si consumabilele specifice.

#### 1.5. Activitatile de suport

Activitatile de suport sunt reprezentate de eliberarea urmatoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:

a. certificat de concediu medical;

b. bilete de trimitere;

c. prescriptii medicale;

d. adeverinte medicale pentru copii in caz de imbolnaviri;

e. acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilita o masura de protectie speciala, in conditiile legii;

f. adeverinte medicale pentru inscrierea in colectivitate necesare la inscrierea in unitatile de invatamant, dovada de (re) vaccinare (carnet de vaccinari), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sanatatii nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igiena din unitatile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna si recreerea copiilor si modificările ulterioare;

g. certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinarii pentru constatarea decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform Ordinului ministrului justitiei si ministrului sanatatii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatarilor si a altor lucrari medico-legale;

h. fisa medicala sintetica necesara copiilor cu dizabilitati pentru incadrarea si reevaluarea in grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, ministrului sanatatii si ministrului educatiei nationale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea si interventia integrata in vederea incadrării copiilor cu dizabilitati in grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilitati si/sau cerinte educationale speciale;

i. adeverinte incadrare in munca pentru somerii beneficiari ai pachetului de baza;

j. eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenta, necesare pentru evaluarea si reevaluarea in vederea incadrării in grad de handicap, precum si in contextul dispunerii, prelungirii, inlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

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

l. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar.

NOTA 1: Activitatile de suport sunt consecinta a actului medical acordat pentru serviciile prevazute in pachetul de servicii medicale de baza.

NOTA 2: Se deconteaza un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent daca s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat in scris sau nu pe lista medicului de familie.

Serviciile pot fi acordate si in afara programului prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acorda asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in timpul programului de lucru in cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sanatatii nr. 6/2018 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului sanatatii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului national de prevenire, supraveghere si control al tuberculozei.

C. PACHETUL DE SERVICII IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE, SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII.

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. si pct. 1.2.subpct.1.2.4. si la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexa.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la lit. B.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. si pct. 1.2. subpct. 1.2.4. din prezenta anexa sau de serviciile medicale prevazute la lit. B din prezenta anexa in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 2

**MODALITATILE DE PLATA**  
**in asistenta medicala primara pentru furnizarea de servicii medicale**  
**prevazute in pachetele de servicii medicale**

**Art. 1.** - (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoana asigurata, conform listei proprii de persoane inscrise asigurate, si plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte pentru unele servicii medicale prevazute in anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacientilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si pacientilor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

(2) Suma convenita prin plata "per capita" pentru serviciile mentionate la lit. e) se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte rezultat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta si gen a persoanelor asigurate inscrise in lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat in functie de conditiile prevazute la lit. d), cu valoarea garantata stabilita pentru un punct.

a) Numarul de puncte acordat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta si gen a persoanelor inscrise asigurate se stabileste astfel:

1. numarul de puncte, acordat pe o persoana asigurata inscrisa in lista, in raport cu varsta persoanei asigurate inscrise:

Grupa de varsta	0 - 3 ani		4 - 18 ani		19 - 39 ani		40 - 59 ani		60 de ani si peste	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Gen	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Numar de puncte/persoana/an	13	13	8	8	3	4	7	8	11	11

NOTA 1: Incadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupa de varsta in alta se realizeaza la implinirea varstei - copil cu varsta de 4 ani impliniti se incadreaza in grupa 4 - 18 ani.

NOTA 2: In situatia in care in lista medicului de familie sunt inscrise persoane institutionalizate - copii incredintati sau dati in plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de ingrijire si asistenta - si persoane private de libertate aflate in custodia statului, potrivit legii, numarul de puncte aferent acestora se majoreaza cu 5% fata de punctajul acordat grupei de varsta in care se incadreaza.

In acest sens medicii de familie ataseaza la fisa medicala actele doveditoare care atesta calitatea de persoane institutionalizate - copii incredintati sau dati in plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de ingrijire si asistenta - sau persoane private de libertate aflate in custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3:

Pentru persoanele incadrate ca si persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numarul de puncte aferent acestora este cel corespunzator grupei de varsta "60 ani si peste".

2. La calculul numarului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie existente in ultima zi a lunii precedente. In situatia contractelor nou incheiate pentru prima luna de contract la calculul numarului de puncte per capita se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie prezentata la contractare.

Pentru medicii nou veniti care incheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioada de maximum 6 luni - dupa incetarea conventiei incheiate pentru maxim 6 luni, pentru prima luna de contract se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie prezentata la data incheierii contractului.

3. Programul saptamanal de activitate al cabinetului medical individual, precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie care incheie contract cu casa de asigurari de sanatate in vederea acordarii serviciilor medicale in asistenta medicala primara este de minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana. In situatia in care, pentru accesul persoanelor inscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicita majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu pana la doua ore zilnic si/sau modificarea raportului prevazut la alin. (3), lit. b) cu asigurarea numarului de consultatii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se incheie act aditional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel putin o ora pe zi.

Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajati ai acestuia trebuie sa asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe saptamana in norma de baza sau peste norma de baza cabinetului, fara ca numarul de ore de program de la punctul de lucru sa il depaseasca pe cel corespunzator normei de baza.

4. In situatia in care numarul de persoane asigurate inscrise pe lista medicului de familie depaseste 2.200 si numarul de puncte "per capita"/an depaseste 22,000puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se reduce dupa cum urmeaza:

- cu 25%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 22.001 - 26.000;

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

Numarul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care au cel putin un medic angajat cu norma intreaga si pentru cabinetele medicale care se afla intr-o unitate administrativ-teritoriala cu deficit din punct de vedere al prezentei medicului de familie, stabilit de comisia prevazuta la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, se reduce dupa cum urmeaza:

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 25%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 30.000, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 50%;

b) Medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala - in conditiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, incheie contract cu casa de asigurari de sanatate in aceleasi conditii ca si medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniti, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4) si (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, privind numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala - in conditiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, se stabileste conform lit. a).

c) Medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban - in conditiile prevederilor art. 14 alin. (1) si art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, chiar daca la sfarsitul celor 6 luni, pentru care au avut incheiata conventie de furnizare de servicii medicale nu au inscris numarul minim de persoane asigurate inscrise prevazut la art. 2 alin. alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 incheie contract cu casa de asigurari de sanatate pentru lista pe care si-au constituit-o pana la data incheierii contractului; medicii nou-veniti au obligatia ca in termen de maximum 6 luni de la data incheierii contractului sa inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise. In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate poate inceta la expirarea celor 6 luni, cu exceptia situatiilor stabilite de comisia constituita potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus mentionat; Lista de persoane asigurate inscrise care se ia in calcul pentru continuarea relatiei contractuale este cea prezentata de medicul de familie la sfarsitul celor 6 luni. Medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural - in conditiile prevederilor art. 14 alin. (1) si art. 17 alin. (2) si (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, la sfarsitul celor 6 luni, incheie contract cu casa de asigurari de sanatate pentru lista pe care si-au constituit-o pana la data incheierii contractului.

Prin exceptie, pentru medicul de familie nou venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala, casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul si-a constituit-o, in situatia in care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depaseste venitul calculat conform conventiei; in caz contrar se prelungeste durata de valabilitate a conventiei, in conditiile in care medicul de familie inscrie pe lista minim 60 % din populatia aferenta unitatii administrativ-teritoriale, in termen de 2 ani de la data incheierii conventiei. In caz contrar, se incheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de catre medicul de familie.

Pentru cele 6 luni de contract in care medicul nou-venit in mediul urban are obligatia de a inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise prevazut la art. 2 alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus mentionat, venitul se stabileste conform lit. a). Se considera medic nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala, medicul de familie care solicita pentru prima data intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in unitatea administrativ-teritoriala respectiva, inclusiv medicii care si-au desfasurat activitatea ca medici angajati intr-un cabinet medical individual aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate respectiva.

d) Numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), dupa caz, se recalculeaza in urmatoarele situatii:

1. in raport cu conditiile in care se desfasoara activitatea, majorarea este cu pana la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice din mediul rural si din mediul urban - pentru orasele cu un numar de pana la 10.000 de locuitori, in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenta medicala primara din unitati administrativ-teritoriale din mediul rural si din mediul urban pentru orasele cu un numar de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral in Rezervatia Biosferei Delta Dunarii se aplica un procent de majorare de 200%. Pentru medicii nou veniti in unitatea administrativ-teritoriala, cu cabinetele medicale situate in unitati administrativ-teritoriale din mediul rural cu teritoriul aflat integral in Rezervatia Biosferei Delta Dunarii se aplica doar procentul de majorare de 200%, fara a se aplica sporurile de 50%, respectiv 100%, prevazute la art. 17 alin. (2) si (3) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru si un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul si pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi impartit proportional cu programul de lucru - exprimat in ore desfasurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit in conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, iar numarul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta in functie de sporul de zona aferent localitatii unde se afla cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzand cabinetele medicale din asistenta medicala primara la care se aplica majorarile de mai sus si procentul de majorare corespunzator se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate mai sus mentionat.

2. in raport cu gradul profesional, valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majoreaza cu 20%, iar pentru prestatia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminueaza cu 10%.

Ajustarea numarului total de puncte se aplica din luna imediat urmatoare celei in care s-a depus si inregistrat la casa de asigurari de sanatate documentul privind confirmarea gradului profesional, cu respectarea legislatiei in vigoare.

In situatiile de inlocuire a unui medic, cand se incheie conventie de inlocuire intre medicul inlocuitor si casa de asigurari de sanatate, se va lua in calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei. Pentru cabinetele medicale individuale,

in situatia de inlocuire a medicului titular de catre medicul angajat, se va lua in 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 exceptia consultatiei la domiciliu care se finalizeaza sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse in plata "per capita". Consultatiile prevazute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 si serviciile prevazute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depasesc limitele prevazute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse in plata "per capita" aferenta anului in curs, dupa aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) in luna decembrie.

(3) Suma convenita pentru serviciile medicale a caror plata se realizeaza prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte pe serviciu medical ajustat in functie de gradul profesional, cu valoarea garantata stabilita pentru un punct.

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

A. PACHET MINIMAL		
1. Serviciile medicale preventive si profilactice acordate persoanelor cu varsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultatie la domiciliu/cabinet	15 puncte/consultatie/cabinet, 30 puncte/consultatie/domiciliu - cu durata estimata de 30 minute
b) - la 1 luna - la domiciliul copilului	1 consultatie la domiciliu/cabinet	15 puncte/consultatie/cabinet, 30 puncte/consultatie/domiciliu -cu durata estimata de 30 minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 si 36 luni	1 consultatie pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultatie, cu durata estimata de 30 minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultatie/an/ asigurat	10 puncte/consultatie
2. Monitorizarea evolutiei sarcinii si lauzei		
a) luarea in evidenta in primul trimestru; serviciul include si depistarea sarcinii, dupa caz	1 consultatie	10 puncte/consultatie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a;	1 consultatie pentru fiecare luna	10 puncte/consultatie
c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;	2 consultatii pentru fiecare luna	10 puncte/consultatie
d) urmarirea lauzei la externarea din maternitate		
d1) la cabinet;	1 consultatie la domiciliu	10 puncte/consultatie
d2) la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	30 puncte/consultatie
e) urmarirea lauzei la 4 saptamani de la nastere		
e1) la cabinet;	1 consultatie la cabinet	10 puncte/consultatie
e2) la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
3. Evaluarea, interventia si monitorizarea adultului asimptomatic		
a) persoane neasigurate cu varsta intre 18 si 39 ani	2 consultatii/persoana pe an pentru completarea riscogramei	10 puncte/consultatie; Cea de-a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se acorda in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
b) persoane neasigurate cu varsta > 40 ani	1 - 3 consultatii/persoana/pachet preventie anual; consultatiile pot fi acordate	Pana la 30 puncte /pachet de preventie; intervalul de 6 luni are ca data de inceput

	intr-un interval de maxim 6 luni consecutive;	data primei consultatii in cadrul pachetului; se deconteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata
b.1) consultatie evaluare initiala	1 consultatie/pachet preventie	10 puncte/consultatie
b.2) consultatie pentru interventie individuala privind riscurile modificabile	1 consultatie /pachet preventie	10 puncte/consultatie
b.3) consultatie pentru monitorizare/control	1 consultatie /pachet preventie	10 puncte/consultatie
4. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni pentru persoane cu varsta intre 40 si 60 ani	2 consultatii/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultatie; cea de- a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se efectueaza in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
5. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni pentru persoane cu varsta de peste 60 de ani	2 consultatii/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultatie; cea de- a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se efectueaza in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
6. Servicii medicale curative		
a) Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizarile unor afectiuni cronice	2 consultatii/persoana/episod	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
a1) Consultatiile pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesita izolare, acordate la distanta	2 consultatii/persoana/episod	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a persoanelor cu boli cronice - la cabinet	1 consultatie/persoana/luna	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
b1) Consultatiile pentru afectiunile cronice acordate la distanta	1 consultatie/persoana/luna	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea initiala a cazului nou		
c.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;
c.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;
c.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput

		data primei consultatii in cadrul evaluarii;
	0 singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/persoana - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. c.1.1), c.1.2) si c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	10 puncte/consultatie in cadrul monitorizarii - management de caz; Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 90 de zile; O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
7. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala	2 consultatii/persoana/an	10 puncte/consultatie/persoana
8. Urgenta pentru care s-au asigurat interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical	0 consultatie/persoana/situatie de urgenta	5,5 puncte/consultatie/persoana/situatie
9. Supraveghere si depistare de boli cu potential endemo-epidemic	1 consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultatie
10. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenta	1 consultatie pentru fiecare situatie de urgenta	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3). Se acorda 15 puncte/consultatie si pentru consultatia acordata la locul solicitarii.
b) Episod acut/subacut/acutizari ale bolilor cronice	2 consultatii/episod	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultatie/persoana/luna	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguratii nedepasabili inscrisi pe lista proprie		
d.1) evaluarea initiala a cazului nou		
d.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;

	consultatii in cadrul evaluarii;	
d.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
	0 singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. d.1.1), d.1.2) si d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	20 puncte/consultatie in cadrul monitorizarii-management de caz; - Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 90 de zile; - O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fara eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3).
11. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de catre medicul pneumolog	40 de puncte/ luna /persoana cu conditia realizarii schemei complete de tratament
12. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspionat de medicul de familie si confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar	15 puncte/caz/in luna in care medicul de familie a primit confirmarea
13. Servicii medicale diagnostice si terapeutice:	Tariful include materialele sanitare si consumabilele specifice. Se deconteaza potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Masurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Masurarea indicelui de presiune glezna - brat		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea si interpretarea electrocardiografei		5 puncte/serviciu
e) Tuseu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extractie corp strain din fosele nazale		8 puncte/serviciu
h) Extractie corp strain din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen		8 puncte/serviciu
i) Administrare medicatie aerosoli (nu include medicatia)		4 puncte/sedinta
j) Evacuare fecalom cu/fara clisma evacuatorie		10 puncte/serviciu



k) Sondaj vezical		10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsa		8 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panaritiului, abscesului, furunculului, leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plagi, arsuri, extractie corpi straini tesut moale (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, pansament, infiltratii, proceduri de evacuare colectii purulente )		10 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fara nastere		50 puncte/serviciu
o) Nastere precipitata		100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicatia)		3 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		5 puncte/serviciu
s) Administrarea de oxigen pana la predarea catre echipajul de prim ajutor		5 puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test Babes-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina		5 puncte/serviciu
t) Testul Frax - calcularea riscului de fractura la pacientii cu osteoporoza		3 puncte/serviciu
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase		6 puncte/serviciu
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxatii		10 puncte/serviciu
x) Spalatura gastrica		10 puncte/serviciu

A. PACHET DE BAZA		
1. Serviciile medicale preventive si profilactice acordate asiguratilor cu varsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie/cabinet, 30 puncte/consultatie/domiciliu - cu durata estimata de 30 minute
b) - la 1 luna - la domiciliul copilului	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie/cabinet, 30 puncte/consultatie/domiciliu - cu durata estimata de 30 minute

c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 si 36 luni	1 consultatie pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultatie, care dureaza 30 minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultatie/an/asigurat	10 puncte/consultatie
2. Monitorizarea evolutiei sarcinii si lauzei		
a) luarea in evidenta in primul trimestru; serviciul include si depistarea sarcinii, dupa caz	1 consultatie	10 puncte/consultatie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a;	1 consultatie pentru fiecare luna	10 puncte/consultatie
c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9- a inclusiv;	2 consultatii pentru fiecare luna	10 puncte/consultatie
d) urmarirea lauzei la externarea din maternitate		
d1) la cabinet;	1 consultatie la cabinet	10 puncte/consultatie
d2) la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	30 puncte/consultatie
e) urmarirea lauzei la 4 saptamani de la nastere		
e1) la cabinet;	1 consultatie la cabinet	10 puncte/consultatie
e2) la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
3. Evaluarea, interventia si monitorizarea adultului asimptomatic		
a) persoane asigurate cu varsta intre 18 si 39 ani	2 consultatii/asigurat o data pe an pentru completarea riscogramei	10 puncte/consultatie. Cea de-a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se acorda in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
b) persoane asigurate cu varsta > 40 ani	1 - 3 consultatii/asigurat/pachet preventie anual; consultatiile pot fi acordate intr-un interval de maxim 6 luni consecutive;	Pana la 30 puncte /pachet de preventie; intervalul de 6 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul pachetului; Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata
b.1) consultatie evaluare initiala	1 consultatie/pachet preventie	10 puncte/consultatie
b.2) consultatie pentru interventie individuala privind riscurile modificabile	1 consultatie /pachet preventie	10 puncte/sedinta, consultatie
b.3) consultatie pentru monitorizare/control	1 consultatie /pachet preventie	10 puncte/consultatie
4. Consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni pentru persoane cu varsta intre 40 si 60 ani		
	2 consultatii/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultatie; cea de-a doua consultatie, in care medicul realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se efectueaza in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
5. Consultatii preventive de depistare precoce a		
	2 consultatii/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultatie; cea de-a doua consultatie, in care medicul

unor afectiuni pentru persoane cu varsta de peste 60 de ani		realizeaza interventia individuala privind riscurile modificabile, se efectueaza in maximum 90 de zile de la prima consultatie.
6. Servicii medicale curative		
a) Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizarile unor afectiuni cronice	2 consultatii/asigurat/episod	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
a1) Consultatiile pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesita izolare, acordate la distanta	2 consultatii/asigurat/episod	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice - la cabinet	1 consultatie/asigurat/luna	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea initiala a cazului nou		
c.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;
c.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;
c.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultatie pentru fiecare consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;
	0 singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. c.1.1), c.1.2) si c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	10 puncte/consultatie in cadrul monitorizarii - management de caz; Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 90 de zile; O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
7. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenta	1 consultatie pentru fiecare situatie de urgenta	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele

		prevazute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizari ale bolilor cronice	2 consultatii/episod	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultatie/asigurat/luna	15 puncte/consultatie care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguratii nedepasabili inscrisi pe lista proprie		
d.1) evaluarea initiala a cazului nou		
d.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	20 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
	0 singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. d.1.1), d.1.2) si d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	20 puncte/consultatie in cadrul monitorizarii-management de caz; - Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 90 de zile; - O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fara eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3).
8. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de catre medicul pneumolog	40 de puncte/ luna / asigurat cu conditia realizarii schemei complete de tratament
9. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspionat de medicul de familie si confirmat de medicul specialist se	15 puncte/caz/in luna in care medicul de familie a primit confirmarea

	acorda punctaj suplimentar	
10. Servicii medicale diagnostice si terapeutice:	Tariful include materialele sanitare si consumabilele specifice. Se deconteaza potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Masurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Masurarea indicelui de presiune glezna - brat		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea si interpretarea electrocardiogramei		5 puncte/serviciu
e) Tuseu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extractie corp strain din fosele nazale		8 puncte/serviciu
h) Extractie corp strain din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen		8 puncte/serviciu
i) Administrare medicatie aerosoli (nu include medicatia)		4 puncte/sedinta
j) Evacuare fecalom cu/fara clisma evacuatorie		10 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical		10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsa		8 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panaritiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plagi, arsuri, extractie corpi straini tesut moale (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, pansament, infiltratii, proceduri de evacuare colectii purulente )		10 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fara nastere		50 puncte/serviciu
o) Nastere precipitata		100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicatia)		3 puncte/serviciu
s) Pansamente,		5 puncte/serviciu

suprimat fire		
s) Administrarea de oxigen pana la predarea catre echipajul de prim ajutor		5puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test Babes-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina		5 puncte/serviciu
t) Testul Frax - calcularea riscului de fractura la pacientii cu osteoporoza		3 puncte/serviciu
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase		6 puncte/serviciu
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxatii		10 puncte/serviciu
x) Spalatura gastrica		10 puncte/serviciu

a.1) In raport cu gradul profesional, valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar numarul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majoreaza cu 20%, iar pentru prestatia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminueaza cu 10%. Pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice nu se aplica ajustarea numarului de puncte in functie de gradul profesional al medicului. Ajustarea numarului total de puncte se aplica din luna imediat urmatoare celei in care s-a depus si inregistrat la casa de asigurari de sanatate documentul privind confirmarea gradului profesional, conform reglementarilor legale in vigoare.

a.2) In situatiile de inlocuire a unui medic, cand se incheie conventie de inlocuire intre medicul inlocuitor si casa de asigurari de sanatate, se va lua in calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei. Pentru cabinetele medicale individuale, in situatia de inlocuire a medicului titular de catre medicul angajat, se va lua in calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

b) Numarul total de puncte decontat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzator unui program de 35 ore/saptamana si minimum 5 zile pe saptamana nu poate depasi pentru activitatea desfasurata, numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

- timpul mediu/consultatie in cabinet este de 15 minute;

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

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

- maximum 3 consultatii la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultatii pe luna.

c) Toate serviciile cuprinse la litera A si 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 si 1.5 pentru consultatia cu sau fara eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum si consultatiile prevazute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1 si 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b), sunt incluse in plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat in puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspionat de medicul de familie si confirmat de medicul specialist se acorda un punctaj de 15 puncte care intra in plata pe serviciu medical. Punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice si terapeutice prevazute in anexa 1, litera B subpunctul 1.4.2., intra in plata pe serviciu medical.

Lunar, odata cu raportarea activitatii lunii anterioare realizate pentru asigurati, furnizorii raporteaza distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasurate, cuprinse la litera A din anexa nr. 1 la ordin, pentru care tin evidente distincte.

**Art. 3.** - (1) Pentru perioadele de absenta mai mari de 30 de zile lucratoare, medicul de familie organizeaza preluarea activitatii sale medicale de catre un alt medic de familie; in cazurile in care acesta este in imposibilitate de a organiza preluarea activitatii, casele de asigurari de sanatate fac demersurile necesare in vederea identificarii unui medic inlocuitor, cu avizul directiilor de sanatate publica. In ambele situatii medicul inlocuitor trebuie sa aiba licenta de inlocuire temporara/contract in derulare, iar preluarea activitatii se face pe baza de conventie de inlocuire. Licenta de inlocuire temporara se acorda de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu instiintarea in scris a casei de asigurari de sanatate si a directiei de sanatate publica. Pentru asigurarea conditiilor in vederea preluarii activitatii unui medic de familie de catre alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispozitie medicilor de familie listele cu medicii de familie fara obligatii contractuale aflati in evidenta acestora, cum este si cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea in conditiile legii.

In situatia in care preluarea activitatii se face de catre medici aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, se asigura prelungirea corespunzatoare a programului de activitate al medicului inlocuitor, in functie de necesitati.

(2) Perioadele de absenta motivata a medicului de familie se refera la: incapacitate temporara de munca, concediu de sarcina/lauzie, concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului pana la 2 ani, respectiv al copilului cu handicap pana la implinirea de catre acesta a varstei de 3 ani, concediul pentru ingrijirea copilului bolnav, pana la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afectiuni intercurante pana la implinirea varstei de 18 ani, vacanta, studii medicale de specialitate si rezidentiat in specialitatea medicina de familie, perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, perioada in care unul dintre

soti il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate, precum si la urmatoarele situatii: citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective, participare la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Romania.

Medicul este obligat ca in cazul in care se afla in una din situatiile mentionate mai sus, cu exceptia perioadei de vacanta, sa depuna/transmita (cu semnatura electronica extinsa/calificata) la casa de asigurari de sanatate, documentul justificativ care atesta motivul absentei.

(3) Pentru perioade de absenta mai mici de 30 de zile lucratoare, inlocuirea medicului absent se poate face si pe baza de reciprocitate intre medici cu contract in derulare, cu conditia ca medicul inlocuitor sa -si desfasoare activitatea in aceeasi localitate cu medicul inlocuit sau in zona limitrofa, in acest caz medicul inlocuitor prelungindu-si programul de lucru in functie de necesitati. Pentru situatiile de inlocuire pe baza de reciprocitate/medicul de familie inlocuit va depune/transmite (cu semnatura electronica extinsa/calificata) la casa de asigurari de sanatate, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, un exemplar al conventiei de reciprocitate conform modelului prevazut in anexa 4 la ordin si va afisa la cabinetul medical numele si programul medicului inlocuitor, precum si adresa cabinetului unde isi desfasoara activitatea. Inlocuirea medicului absent pe baza de reciprocitate intre medici se face pentru o perioada cumulata de maximum 60 de zile lucratoare pe an calendaristic. In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie extinsa/calificata pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii si formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract al cabinetului medical al medicului inlocuit.

(4) In cazul in care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenta prevazute la alin. (1) - (3), acesta poate fi inlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajati, cu prelungirea corespunzatoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajati care sa acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

In desfasurarea activitatii, medicul angajat utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie extinsa/calificata pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care medicul angajat isi desfasoara activitatea, numarul de contract al cabinetului medical.

(5) Suma convenita prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat in puncte, aferenta perioadei de absenta se vireaza de catre casa de asigurari de sanatate in contul titularului contractului, urmand ca in conventia de inlocuire sa se stipuleze in mod obligatoriu conditiile de plata a medicului inlocuitor sau in contul medicului inlocuitor, dupa caz.

(6) Medicul inlocuitor va indeplini toate obligatiile ce revin medicului inlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale incheiat de acesta cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Pentru situatiile in care, pentru perioada de vacanta, medicul de familie nu incheie conventie de inlocuire sau de reciprocitate in lipsa unui medic care sa poata prelua activitatea, acesta are obligatia sa anunte casa de asigurari de sanatate, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele inscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea urmatoarelor servicii:

- a) consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale;
- b) consultatii in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale unor afectiuni cronice;
- c) consultatii pentru afectiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, in aceleasi conditii ca si pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situatiile prevazute la alin. (7) medicul are obligatia sa afiseze la cabinet, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele inscrise pe lista proprie se pot prezenta si datele de contact ale acestora.

(9) Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC confirmati, in situatiile prevazute la alin. (7), precum si pentru celelalte perioade de absenta, medicul de familie indruma pacientul catre dispensarul TBC teritorial si anunta in prealabil dispensarul cu privire la aceste cazuri; in luna respectiva casele de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciul de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC.

**Art. 4.** - (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical incheie o conventie de inlocuire cu medicul inlocuitor pentru perioade de absenta mai mici de doua luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizata de casa de asigurari de sanatate, prin care se stabilesc conditiile de inlocuire. Pentru situatiile de reciprocitate intre medici, acestia incheie o conventie de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizata de casa de asigurari de sanatate, prin care se stabilesc conditiile de inlocuire pe baza de reciprocitate.

(2) Conventia de inlocuire se incheie intre casele de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor agreeat de medicul inlocuit, pentru perioade de absenta mai mari de 2 luni/an sau cand medicul inlocuit se afla in imposibilitate de a incheia conventie cu medicul inlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Conventia de inlocuire devine anexa la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie extinsa/calificata pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care medicul inlocuitor isi desfasoara activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract al cabinetului medical al medicului inlocuit.

**Art. 5.** - (1) Medicul de familie poate angaja in cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale in vigoare, medici care au dreptul sa desfasoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare. Medicii angajati nu au lista proprie de persoane inscrise si nu raporteaza activitate medicala proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fara contributie personala se face conform prevederilor legale in vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnatura electronica proprie extinsa/calificata si prescriptiile medicale ale medicului titular. Intreaga activitate a cabinetului medical se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) In cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajati, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajati se poate desfasura in afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajati in cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale in vigoare se raporteaza la casa de asigurari de sanatate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, raport programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cat si cel al medicului angajat/medicilor angajati trebuie sa se incadreze in programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

**Art. 6.** - (1) Fondul aprobat pentru anul in curs aferent asistentei medicale primare, are urmatoarea structura la nivel national, in vederea stabilirii valorii garantate a unui punct "per capita" si a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;
2. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala, in baza conventiei, formata din:
  - 2.1 pentru medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban:
    - a) o suma reprezentand plata "per capita" pentru o lista echilibrata de 800 de asigurati, calculata prin inmultirea numarului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati, este de 6.500 puncte/an si se ajusteaza in raport de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea;
    - b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, calculata prin inmultirea sumei stabilita potrivit lit. a) cu 1,5.
  - 2.2 pentru medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural: se calculeaza potrivit pct. 2.1 la care se adauga un spor de 50%.
3. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie in baza conventiei, intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala, pana la incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate: se calculeaza potrivit pct. 2.1 la care se adauga un spor de 100%.
4. fond destinat platii in functie de performanta, intr-un procent de 1 % din fondul rezultat ca diferenta intre fondul alocat asistentei medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv si sumele prevazute la punctele 1-3.
5. fondul destinat platii per capita si platii pe serviciu medical, rezultat ca diferenta intre fondul alocat asistentei medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv si sumele prevazute la pct. 1- 4, care se repartizeaza astfel:
  - a) 35 % pentru plata per capita;
  - b) 65 % pentru plata pe serviciu medical

(2) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita si pe serviciu valabile pentru anul 2023, fondul aprobat pentru semestrul II al anului 2023 aferent asistentei medicale primare la nivel national are urmatoarea structura:

- 1.1 suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban, in baza conventiei, formata din:
  - a) o suma reprezentand plata "per capita" pentru o lista echilibrata de 800 de asigurati, calculata prin inmultirea numarului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati, este de 6.500 puncte/an si se ajusteaza in raport de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea;
  - b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, calculata prin inmultirea sumei stabilita potrivit lit. a) cu 1,5.
- 1.2. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural: se calculeaza potrivit pct. 1.1 la care se adauga un spor de 50%.
2. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie in baza conventiei, intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala, pana la incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate: se calculeaza potrivit pct. 1.1 la care se adauga un spor de 100%.
3. fondul destinat platii per capita si platii pe serviciu medical, rezultat ca diferenta intre fondul alocat asistentei medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 si sumele prevazute la pct. 1 si 2, care se repartizeaza astfel:
  - a) 35% pentru plata per capita;
  - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita si pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul in curs aferent asistentei medicale primare la nivel national are urmatoarea structura:

1. suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;
2. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala, in baza conventiei, formata din:
  - 2.1 pentru medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban:
    - a) o suma reprezentand plata "per capita" pentru o lista echilibrata de 800 de asigurati, calculata prin inmultirea numarului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati, este de 6.500 puncte/an si se ajusteaza in raport de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea;
    - b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, calculata prin inmultirea sumei stabilita potrivit lit. a) cu 1,5.
  - 2.2 pentru medicii nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural: se calculeaza potrivit pct. 2.1 la care se adauga un spor de 50%.
3. suma destinata platii activitatii desfasurate de medicii de familie in baza conventiei, intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala, pana la incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate: se calculeaza potrivit pct. 2.1 la care se adauga un spor de 100%.
4. fondul destinat platii per capita si platii pe serviciu medical, rezultat ca diferenta intre fondul alocat asistentei medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv si sumele prevazute la pct. 1- 3, care se repartizeaza astfel:
  - a) 35% pentru plata per capita;
  - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

**Art. 7.** - (1) Valoarea garantata a punctului "per capita", unica pe tara, este de 12 lei, valabila pentru anul 2023.

(2) Valoarea garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic si terapeutic, este unica pe tara si este de 8 lei, valabila pentru anul 2023.



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

**Art. 8.** - (1) Suma convenita lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicata asiguratilor se calculeaza prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a inmultirii numarului de puncte "per capita" efectiv realizate si a numarului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numarului de puncte pe serviciu medical diagnostic si terapeutic, cu valoarea garantata pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical .

(2) Suma convenita lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicata persoanelor neasigurate se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numarului de puncte pe serviciu medical diagnostic si terapeutic, cu valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical.

**Art. 9.** - (1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaza la sfarsitul trimestrului, odata cu recalcularea drepturilor banesti convenite medicului de familie.

Medicul de familie va primi un desfasurator pentru aceste sume, care va contine detaliile serviciilor pentru care exista diferente banesti si pentru care se face regularizarea.

(2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru se corecteaza pana la sfarsitul anului astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat, in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat, intr-un trimestru anterior se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea garantata a punctului per capita si/sau a punctului pe serviciu prevazuta pentru trimestrul in care s-a produs eroarea. In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza in aceleasi conditii cu cele din cursul anului curent.

(3) Eventualele erori de validare se regularizeaza trimestrial la nivelul caselor de asigurari de sanatate si se comunica in format electronic furnizorilor.

**Art. 10.** - Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurari de sanatate in format electronic, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate, prin reprezentantul legal, intreaga activitate efectiv realizata in luna anterioara, evidentiata distinct pentru asigurati, respectiv persoanele neasigurate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prevederilor contractului-cadru si a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage dupa sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfasurata de medicul respectiv pentru perioada aferenta.

**Art. 11.** - (1) Incepand cu anul 2025 se realizeaza plata in functie de performanta a medicilor de familie aflati in contract cu casa de asigurari de sanatate, pentru activitatea realizata in anul anterior, intre data de 1 ianuarie sau, dupa caz, data incheierii contractului cu casa de asigurari de sanatate si data de 31 decembrie, respectiv data incetarii contractului cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Plata in functie de performanta se realizeaza anual, in trimestrul I al anului urmator celui pentru care se masoara gradul de realizare al indicatorilor de performanta, in limita fondului destinat platii in functie de performanta.

(3) Medicii de familie aflati in contract cu casa de asigurari de sanatate care au indeplinit indicatorii de performanta stabiliti pentru serviciile acordate in anul precedent, primesc o bonificatie dupa cum urmeaza:

a) Pentru un numar de minim 1.000 persoane pentru care se realizeaza completarea si transmiterea in SIUI a riscogramei, realizata pentru persoanele cu varsta de peste 40 de ani inscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea si transmiterea in SIUI a chestionarului care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist pentru copiii ce nu erau in evidenta medicului de familie cu aceasta tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acorda o bonificatie de 14.000 lei;

b) Pentru un numar intre 800 si 999 persoane pentru care se realizeaza completarea si transmiterea in SIUI a riscogramei, realizata pentru persoanele cu varsta de peste 40 de ani inscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea si transmiterea in SIUI a chestionarului care vizeaza arii de dezvoltare psiho -motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau in evidenta medicului de familie cu aceasta tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acorda o bonificatie de 9.600 lei;

c) Pentru un numar intre 600 si 799 persoane pentru care se realizeaza completarea si transmiterea in SIUI a riscogramei realizata pentru persoanele cu varsta de peste 40 de ani, inscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea si transmiterea in SIUI a chestionarului care vizeaza arii de dezvoltare psiho -motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau in evidenta medicului de familie cu aceasta tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acorda o bonificatie de 6.000 lei.

(4) Valoarea bonusului acordat potrivit alin. (3), se ajusteaza proportional astfel incat plata in functie de performanta sa se incadreze in fondul destinat acestei plati, astfel cum este prevazut la art. 6.

(5) In situatia in care raman sume neconsumate dupa plata bonificatiilor catre medicii care au indeplinit indicatorii de performanta, acestea se pot utiliza potrivit art. 15 alin. (4).

**Art. 12.** - (1) Persoanele asigurate si neasigurate inscrise care doresc sa isi schimbe medicul de familie si persoanele asigurate si neasigurate care nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie si care doresc sa se inscrie, vor adresa o cerere de inscriere prin transfer/cerere de inscriere, ale caror modele sunt prevazute in anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc sa se inscrie, precizand numele medicului de la care pleaca, dupa caz. Inscrierea/inscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de inscriere/cererii de inscriere prin transfer si a cardului national de asigurari sociale de sanatate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de constiinta refuza cardul national sau pentru persoanele carora li se va emite card national duplicat, precum si pentru copii 0 - 18 ani, inscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere/de inscriere prin transfer.

(2) Pentru situatiile de inscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligatia sa anunte in scris (prin posta, e-mail, fax, prin persoana care se transfera), in maximum 15 zile lucratoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleaca persoana are obligatia sa transmita fisa medicala in copie certificata prin semnatura si parafa ca este conform cu originalul, prin posta, e-mail, fax/prin persoana, medicului primitor, in termen de 15 zile lucratoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleaca persoana pastreaza originalul fisei medicale, conform prevederilor legale in vigoare.

**Art. 13.** - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale medicilor de familie, intalniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Anunturile privind data si locul desfasurarii intalnirilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii. Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de familie masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii.

**Art. 14.** - In aplicarea art. 19 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se intelege absenta nemotivata de la programul de lucru afisat si prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate pentru activitatea desfasurata in cabinetul medical.

**Art. 15.** - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara, ecografiile generale (abdomen si pelvis) la tarifele si in conditiile asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice.

Numarul de investigatii paraclinice contractat nu poate depasi 3 investigatii pe ora, cu obligatia incadrarii in valoarea contractata.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate de medicii de familie conform curriculei de pregatire in specialitate.

La calculul punctajului serviciilor diagnostice si terapeutice se au in vedere atat serviciile acordate la nivelul cabinetului, cat si cele acordate la domiciliu sau la locul solicitarii, in cadrul pachetului minimal de servicii si pachetului de servicii de baza. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe saptamana, numarul total de puncte decontat pentru consultatiile, serviciile medicale diagnostice si terapeutice acordate in cabinet sau la domiciliu nu poate depasi numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi ii corespunde un numar de 20 de consultatii in medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultatie = 15 minute);

b) punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice si terapeutice decontate nu poate depasi 16 puncte in medie pe zi corespunzator unui program de 5 ore in medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru, in conditiile in care numarul de consultatii la cabinet efectuate, raportate si validate, in medie pe zi este de 20 de consultatii, calculate la nivelul unui trimestru;

c) in vederea asigurarii calitatii serviciilor medicale, in cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultatie in minus fata de 20 de consultatii ce pot fi efectuate, raportate si validate in medie pe zi, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice creste cu cate 5,5 puncte.

In situatia in care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 de ore/saptamana, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice ce pot fi decontate este de 20 de puncte in medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, in conditiile in care numarul de consultatii la cabinet efectuate, raportate si validate in medie pe zi este de 24 de consultatii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultatie in minus fata de 24 de consultatii ce pot fi efectuate, raportate si validate in medie pe zi, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice creste cu cate 5,5 puncte.

In situatia in care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 de ore/saptamana, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice ce pot fi decontate este 24 de puncte in medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, in conditiile in care numarul de consultatii la cabinet efectuate, raportate si validate in medie pe zi este de 28 de consultatii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultatie in minus fata de 28 de consultatii ce pot fi efectuate, raportate si validate in medie pe zi, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice creste cu cate 5,5 puncte.

In situatia in care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 40 de ore/saptamana, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice ce pot fi decontate este de 28 de puncte in medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, in conditiile in care numarul de consultatii la cabinet efectuate, raportate si validate in medie pe zi este de 32 de consultatii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultatie in minus fata de 32 de consultatii ce pot fi efectuate, raportate si validate in medie pe zi, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice creste cu cate 5,5 puncte;

d) prin exceptie de la prevederile lit. a) - c), in trimestrul IV, numarul de consultatii si punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice si terapeutice ce pot fi decontate in medie pe zi, raportat la programul de lucru al unui medic la cabinet, prevazute la lit. a) - c), se calculeaza la nivelul fiecarei luni.

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

(4) Consultatiile acordate asiguratilor prevazute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, si 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical, acordate de medicii de familie in primele 11 luni ale anului si care depasesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se deconteaza prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor si in limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul in curs pentru asistenta medicala primara, din care se scade suma estimata, la nivelul unei luni medii a anului in curs, pentru plata activitatii medicilor de familie desfasurate in luna decembrie. Consultatiile realizate si raportate peste numarul maxim de 40 de consultatii/zi, nu se iau in calcul pentru plata activitatii medicilor de familie din sumele ramase neconsumate in primele 11 luni ale anului.

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

(6) Prin exceptie, in anul 2023, consultatiile prevazute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, si 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguratilor de medicii de familie in perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 si care depasesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se deconteaza prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor si in limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul in curs pentru asistenta medicala primara, din care se scade suma estimata, la nivelul unei luni medii a anului in curs, pentru plata activitatii medicilor de familie desfasurate in luna decembrie. Consultatiile realizate si raportate peste numarul maxim de 40 de consultatii/zi, nu se iau in calcul pentru plata activitatii medicilor de familie din sumele ramase neconsumate in perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023.

(7) Prin exceptie de la alin. (6), serviciile medicale realizate de medicii de familie incepand cu 1 iulie 2023 care depasesc limitele stabilite prin norme, si care nu sunt decontate potrivit alin. (5) sunt incluse in plata per capita, aferenta anului 2023.





interes de serviciu

• medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/ muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea/intreruperea 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 unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.

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

ANEXA Nr. 2B

#### A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VARSTA SI SEX

Consultatiile preventive sunt consultatii periodice active, oferite persoanelor cu varsta între 0 - 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de varsta/sex.

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

a. Consultatia preventiva a nou-nascutului la externarea din maternitate și la 1 luna

a1. la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremitati, morfologie generala, evaluarea hidratarii;
- evaluarea alimentatiei, observarea tehnicii de alaptare și consiliere pentru alaptare eficienta;
- evaluarea conditiilor de igiena (sursa apa) și recomandari;
- verificarea efectuării în maternitate a vaccinurilor și screeningurilor neonatale;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alaptare exclusiva (inclusiv observarea tehnicii de alaptare și consiliere pentru lactatie);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei nationale și a vaccinurilor optionale;
- sfaturi de conduita pentru prevenirea accidentelor și alte situatii frecvente la aceasta varsta;
- consiliere și suport pentru stil de viata favorabil alaptarii (inclusiv psiho-igiena) pentru mama.

a2. la 1 luna:

- masurare: greutate (G), lungime (T), circumferinta craniana - consemnare în graficele de creștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremitati, morfologie generala, evaluarea hidratarii;
- evaluare alimentatie, observarea tehnicii de alaptare și consiliere pentru alaptare eficienta;
- evaluarea conditiilor de igiena (sursa apa) și recomandari;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alaptare exclusiva (inclusiv observarea tehnicii de alaptare și consiliere pentru lactatie);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei nationale și a vaccinurilor optionale;
- sfaturi de conduita pentru prevenirea accidentelor și alte situatii frecvente la aceasta varsta;
- consiliere și suport pentru stil de viata favorabil alaptarii (inclusiv psiho-igiena) pentru mama.

b. Consultatia preventiva a sugarului la varsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleasi examinari ca la consultatia de la 1 luna prevazuta la litera a.2, la care se adauga:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzatoare și interpretarea tendintelor după scorul z (velocitatea cresterii);
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;
- screening malformatii cardiovasculare;
- screening displazie dezvoltare a soldului;
- evaluarea practicilor nutritionale, întarirea mesajelor privind alaptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoasterea simptomelor care trebuie raportate fara intarziere);
- profilaxia anemiei la toti copiii cu greutatea la nastere sub 2500 grame începând cu varsta de 2 luni.

c. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleasi examinari și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultatia la 2 și 4 luni prevazuta la litera b, la care se adauga:

- evaluare și consiliere privind alimentatia complementara (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);
- continuarea alaptarii recomandata de OMS pana la varsta de doi ani;

- profilaxia anemiei la toti copiii cu greutate la nastere peste 2500 grame, de la 6 luni pana la 18 luni;
- profilaxia anemiei la toti copiii cu greutate la nastere sub 2500 grame, de la 2 luni pana la 24 luni;
- evaluarea dezvoltarii dentitiei, recomandari privind profilaxia cariei dentare, igiena orala, administrarea de fluor;
- evaluare socio-emotionala;
- evaluare si consiliere pentru activitatea fizica;
- screeningul tulburarilor de auz;
- screeningul tulburarilor de vedere;
- sfaturi de conduita pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita in afectiunile frecvente la aceste varste;
- la copii de 12, 15 si 18 luni se vor identifica eventuale deficiente ale dezvoltarii psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat varstei.

Intrebări adresate parintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs va priveste in ochi cand vorbiti cu el?	0	2	1
V-ati gandit ca nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mancare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Intinde mainile sa fie luat in brate?	0	2	1
Se opune cand este luat in brate de dvs?	2	0	1
Participa la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zambeste cand dvs ii zambiti? - intrebare inlocuita la 24 luni cu intrebarea: Foloseste cuvantul "mama" cand va striga?	0	2	1
Poate sa stea singur in patut cand este treaz?	2	0	1
Reactioneaza intotdeauna cand este strigat pe nume?/ Intoarce capul cand este strigat?	0	2	1
Observatiile medicului de familie			
Evita privirea directa/Nu sustine contactul vizual	1	0	-
Evidenta lipsa de interes pentru persoane	1	0	-
Dupa 24 de luni: stereotipii motorii (flutura mainile, topaie, merge pe varfuri, se invarte in jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

#### Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandari
Scor	0 - 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere catre medicul de specialitate psihiatrie pediatrica/ neuropsihiatrie pediatrica

Medicul de familie parcurge toate intrebarile, incepand cu prima intrebare, va nota varianta de raspuns cea mai apropiata de comportamentul copilului mentionata de catre parintele/apartinatorul/tutorele legal al copilului si completeaza ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzator dupa observarea directa a comportamentului copilului.

La sfarsitul completarii chestionarului efectueaza adunarea scorurilor si bifeaza scorul in care se incadreaza copilul in cauza.

Medicul de familie prezinta parintelui/apartinatorului/tutorei legal atitudinea terapeutica necesara ulterior.

In cazul in care copilul evidentiaza un risc mediu sever, medicul explica parintelui/apartinatorului/tutorei legal necesitatea prezentarii la medicul de specialitate psihiatrie pediatrica/neuropsihiatrie pediatrica pentru evaluare complexa si stabilirea terapiei comportamentale si/sau medicamentoase.

d. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani si 5 ani si cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adauga:

- evaluarea practicilor nutritionale (anamneza nutritionala adresata parintilor) si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos al intregii familii;
- continua profilaxia rahitismului numai in perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentitiei si igiena orala, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare si consiliere pentru activitatea fizica;
- evaluare si consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emotionala;
- screening-ul tulburarilor de vedere si masurarea TA (cel putin o data in interval);



- sfaturi de conduita date mamelor si familiei pentru situatii frecvente la aceasta varsta (prevenirea accidentelor, conduita in afectiunile obisnuite varstei, recunoasterea simptomelor care trebuie raportate fara intarziere);
- revizuirea atenta a schemei de vaccinare a copilului si completarea acesteia dupa caz, efectuarea rapelului vaccinal la varsta de 5 ani;
- identificarea eventualelor deficiente ale dezvoltarii psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist; se efectueaza conform literei c, la varsta copilului de 2 ani si 3 ani.

Pentru un scor care indica un risc sever se recomanda trimiterea catre medicul de specialitate psihiatrie pediatrica/neuropsihiatrie pediatrica.

In cadrul consultatiilor preventive, copiii beneficiaza de investigatiile paraclinice - analize de laborator prevazute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) si nota 2 de la pct.

1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigatii.

- e. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani si 9 ani, cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adauga:
- screening-ul obezitatii prin utilizarea indicelui de masa corporala - (IMC);
  - evaluarea dezvoltarii pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;
  - mesaje de consiliere tintite pentru copii privind stilul de viata sanatos (activitate fizica, nutritie, prevenire accidente, uzul de substante);

- examenul de bilant fundamental, la implinirea varstei de intrare in clasa pregatitoare, cu alcatuirea fisei de inscriere a copilului, care sa cuprinda schema de vaccinare efectuata;
- screeningul tulburari de crestere/tulburari de statica vertebrala;

La copii, incepand cu varsta de 6 ani se vor identifica eventuale tulburari de statica vertebrala, prin investigarea deviatiilor si dezechilibrelor coloanei, completand urmatorul chestionar:

1	Nume		
2	Prenume		
3	Varsta		
4	Sex		
5	Adresa		
		DA	NU
6	Deviatie coloana in plan frontal		
7	Deviatie coloana in plan sagital		
8	Dezechilibru humeral		
9	Dezechilibrude bazin		
10	Gibbus		

Medicul de familie investigheaza toate tulburarile de la subpunctele 6-10. In cazul raspunsului cu „DA” la oricare dintre subpuncte, medicul de familie prezinta parintelui/apartinatorului/tutorei legal atitudinea terapeutica necesara, respectiv trimiterea pacientului la Ortopedie Pediatrica pentru acordarea unei consultatii de specialitate

In cadrul consultatiilor preventive copiii beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la litera A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. b) si nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigatii. In cazul in care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomanda consult de specialitate.

f. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani si 17 ani cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adauga:

- consiliere si screening BTS, la cei cu comportament la risc;
- recomandare VDRL sau RPR;
- screening-ul depresiei;
- informarea fetelor si parintilor privind beneficiile vaccinarii optionale anti-HPV/indicatie vaccinare HPV;
- consiliere privind stilul de viata sanatos: activitate fizica, nutritie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violenta;
- consiliere pentru planificare familiala (adolescenti care au inceput viata sexuala);
- consiliere tintita pentru copii privind stilul de viata sanatos (uzul de substante);
- depistarea copiilor cu antecedente familiale de depresie, autovatamare deliberata, afectiuni de sanatate mintala comorbide sau afectiuni medicale cronice, experienta unui eveniment negativ major (inclusiv hartuirea) in vederea interventiei precoce cu preintampinarea unor comportamente daunatoare sanatatii.

In cadrul consultatiilor preventive copiii beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la litera A, nota 2 lit. c) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. c) si nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigatii. In cazul in care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomanda consult de specialitate.

#### B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULTI ASIMPTOMATICI

Consultatia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, fara semne de boala, care nu sunt in evidenta medicului de familie cu boala/boli cronice, are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate afectiunilor cu pondere importanta asupra poverii imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, afectiuni oncologice, boala cronica de rinichi, afectiuni hepatice, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii.

Evaluarea complexa a riscului individual in functie de varsta/sex se realizeaza prin consultatie si/investigatii specifice consemnate in riscograma.

B1. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu varsta intre 18 si 39 ani

In cadrul consultatiilor preventive adulti asimptomatici, cu factori de risc modificabili, beneficiaza de trimitere pentru investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la litera A, lit. a), b) si d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a), b) si e) - pentru pacientii prevazuti la Nota 3, si nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigatii. In cazul in care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fara tratament si LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomanda consult de specialitate.

Riscograma va cuprinde urmatoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;
- activitatea fizica;
- dieta - evaluarea practicilor nutritionale si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos; evaluarea obezitatii prin calcularea indexului de masa corporala (IMC);
- consiliere privind consumul de substante interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanti, etc);
- evaluarea sanatatii orale, in special la persoane adulte apartinand grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultati de acces la ingrijirea dentara, populatie rurala, persoanele cu flux de saliva redus (ex. radioterapia capului si gatului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumatori, consumatori in exces de alcool;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) consta in:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizand diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevazute la punctul 2;
- incadrarea pacientilor intr-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea masurilor de schimbare a stilului de viata, individualizat, in functie de marimea riscului stabilit;
- includerea in sistemul de monitorizare activa a pacientilor cu risc cardiovascular inalt (SCORE  $\geq$  5 sau factori individuali crescuti).

In riscograma vor fi consemnate urmatoarele:

1. Factorii de risc

- la toti pacientii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara (< 55 ani la barbati, < 65 ani la femei) si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul seric total, LDL colesterol si glicemia pentru persoane care prezinta urmatoorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serica cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.

2. Calcularea si comunicarea riscului relativ utilizand Diagrama SCORE de mai jos:

Tensiune arterială sistolică (mmHg)	Nefumător					Fumător				
	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c
140	f	e	e	e	d	d	d	d	c	c
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
	Coolesterol (mmol/l)									

(C) 2007 ESC

- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde

NOTA:

Persoanele care sunt in evidenta medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulti asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular inclusiv persoanele cu urmatoarele afectiuni: boala cardiovasculara deja cunoscuta, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronica renala sau nivele deja cunoscute foarte inalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boala cardiovasculara si necesita managementul integrat al tuturor factorilor de risc in cadrul consultatiilor de monitorizare activa adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

In riscograma vor fi consemnate:



1. Factorii de risc:

- antecedentele personale si heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiatie directa;
- expunerea profesionala particulara (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viata.

2. Interventia asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru interventii de screening populational in programele nationale de sanatate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate (risc inalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.);
- interventii preventive scadente la populatia cu risc normal:

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

d. Evaluarea Riscului de Boala Cronica de Rinichi

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienta renala, dializa sau transplant renal;
- de greutate mica la nastere (sub 2,5kg);
- de reducere a masei rinichilor (nephrectomie, rinichi unic);
- de insuficienta renala acuta in antecedente

• Nivel socio-economic scazut

- Expunere la solventi organici, benzina si derivati, siliciu, plumb

• Obezitate

• Fumat

2. Rezultatul la investigatiile paraclinice recomandate: creatinina serica cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumina/creatinina urinara

3. Interventia asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, activitatea fizica si fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sanatatea Mintala

Persoane cu risc inalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburari psihice, inclusiv abuzul de substante, afectiuni medicale cronice, somajul, status socioeconomic scazut, toti membrii familiei care au a suferit violenta in familie, LGBT.

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale si heredocolaterale de adictie la rudele de gradul I prin filiatie directa;

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

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

Intrebari:

1. Cat de des consumati o bautura continand alcool?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe luna - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe saptamana - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe saptamana - 4 puncte

2. Cate bauturi standard\*) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?

- a. una sau doua - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau sase - 2 puncte
- d. sapte sau noua - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

\*) o bautura standard contine 12 g alcool pur si este echivalenta cu 1 doza de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tarie a 40 ml

3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi alcoolice standard la o singura ocazie?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. saptamanal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la barbati si 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 intrebari indica un consum inadecvat.

e.2. Identificarea persoanelor cu risc inalt de depresie utilizand chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei

1. V-ati pierdut interesul sau placerea pentru activitatile obisnuite in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

2. V-ati simtit trist, demoralizat sau neajutorat in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

Raspunsul afirmativ la ambele intrebari indica un risc inalt de depresie si impune trimiterea la consultatii de specialitate de psihiatrie.

2. In riscograma se consemneaza riscul privind consumul de alcool si riscul de depresie.

3. Interventii asupra riscurilor:

- Sfat minimal in ceea ce priveste consumul inadecvat de alcool;
- Selectarea cazurilor eligibile si trimitere pentru consiliere si consultatii de specialitate.

f. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sanatatea reproducerii

f.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de varsta fertila (18 - 39 ani);
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de varsta fertila (18 - 39 ani);
- evitarea riscurilor de infectii de boli cu transmitere sexuala la populatia cu risc inalt.

f.2. In riscograma vor fi consemnate:

- la femei 18 - 39 ani: statusul privind intentia de sarcina, utilizarea unei metode de contraceptie;
- femei si barbati de toate varstele: statusul privind situatia de cuplu (partener stabil, partener nou, relatii multiple).

f.3. Interventii asupra riscurilor:

- femei 18 - 39 ani: consiliere in cabinet/planificare familiala pentru femeile care nu doresc sa ramana insarcinate si nu folosesc nicio metoda contraceptiva; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifica o sarcina;
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungita la radiatiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales in perioada copilariei;
- istoric personal de melanom sau de tumora cutanata;
- mai mult de 50 de alunite pe corp;
- multi pistrui (extinsi) la nivelul portiunii superioare a spatelui, prezenta a >5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisa a pielii;
- culoarea deschisa a ochilor;
- parul blond sau roscat.

## 2. Interventie asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind expunerea la soare sau UV in saloanele de bronzat.

## B.2. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste

In cadrul consultatiilor preventive adultii asimptomatici care nu sunt in evidenta medicului de familie cu boli cronice, cu factori de risc modificabili, beneficiaza de trimitere pentru investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la litera A, lit. c) si d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B nota 1 lit. c) si e) - pentru pacientii prevazuti la Nota 3, si nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigatii.

### a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata)

- consemnarea statusului curent privind:
  - fumatul (pachete/an);
  - consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevazut la punctul B1 subpunctul d.1.2;

### - activitatea fizica;

- dieta - evaluarea practicilor nutritionale si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos; evaluarea obezitatii prin calcularea indexului de masa corporala (IMC);
- consiliere privind consumul de substante interzise sau cu regim special (psihotrope, hormoni anabolizanti, etc);
- evaluarea sanatatii orale, in special la persoane adulte apartinand grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultati de acces la ingrijirea dentara, populatie rurala, persoanele cu flux de saliva redus (ex. radioterapia capului si gatului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumatori, consumatori in exces de alcool;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

### b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) consta in:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizand diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevazuta mai jos;
- incadrarea pacientilor intr-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea masurilor de schimbare a stilului de viata, individualizat, in functie de marimea riscului stabilit;
- includerea in sistemul de monitorizare activa a pacientilor cu risc cardiovascular inalt (SCORE  $\geq$  5 sau factori individuali crescuti):
  - Persoane  $\geq$  40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimeaza riscul de eveniment cardiovascular fatal in urmatoorii 10 ani).

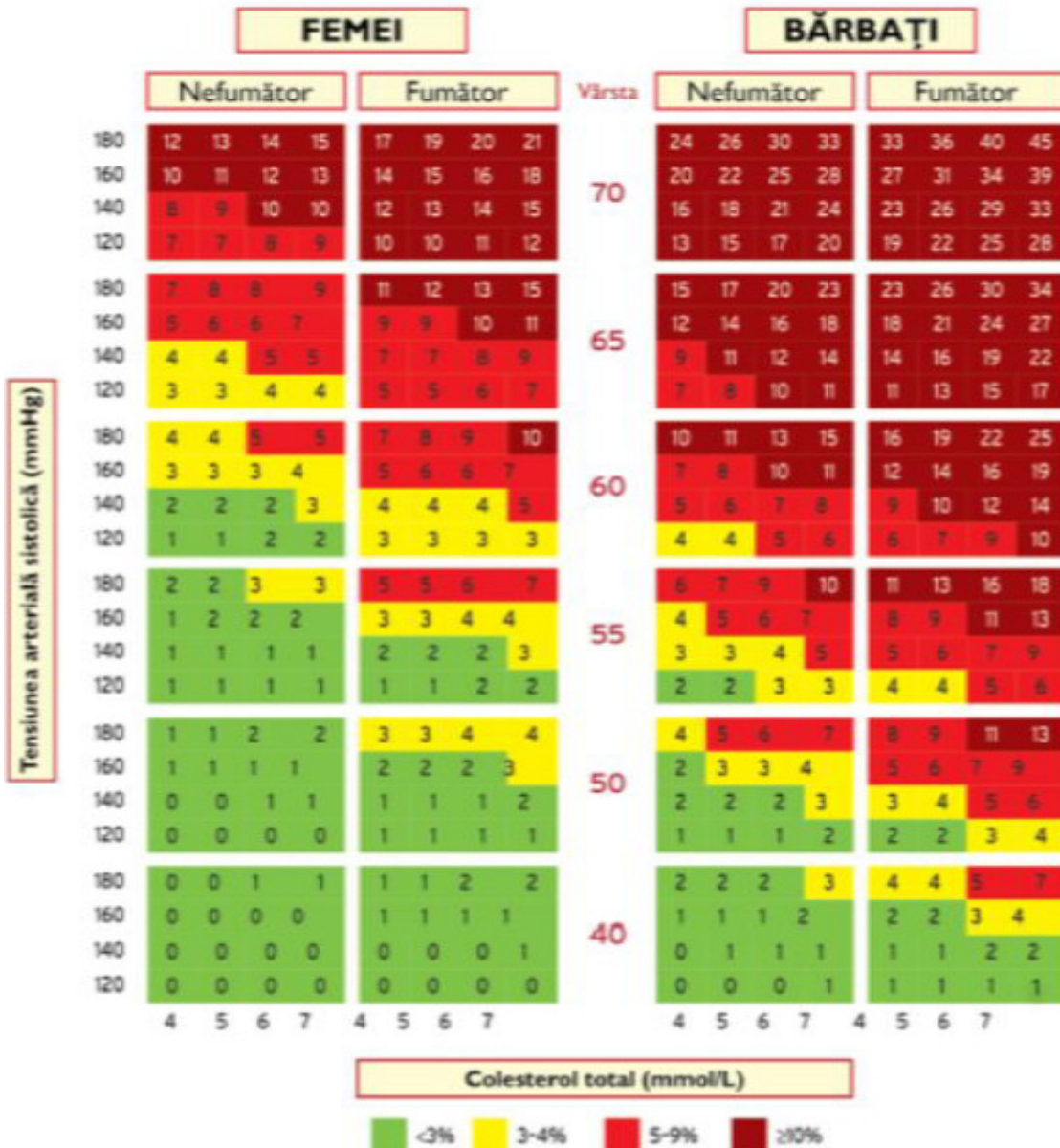
In riscograma vor fi consemnate urmatoarele:

#### 1. Factorii de risc

- la toti pacientii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara (< 55 ani la barbati, < 65 ani la femei) si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total pentru barbati cu varsta mai mare de 40 ani si femeile cu varsta mai mare de 50 ani sau in post-menopauza. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o data la 5 ani;
- glicemia pentru persoanele care prezinta urmatoorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serica cu determinarea RFG<sub>e</sub> - toate persoanele cu TA > 140/90.

## Harta SCORE

Riscul de boală cardiovasculară fatală la 10 ani  
Populația europeană la risc înalt cardiovascular



### 2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
  - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual;
  - pentru RCV < /= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.
- persoanele cu Risc 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 consultatii de management de caz).

### NOTA:

Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulți asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular inclusiv persoanele cu următoarele afecțiuni: 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 boala cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

### c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscograma vor fi consemnate:

#### 1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață;
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate;

#### 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
  - femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babes Papanicolau.

### d. Evaluarea Riscului de Boala Cronică de Rinichi

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- Istoric:
  - familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienta renala, dializa sau transplant renal;
  - de greutate mica la nastere (sub 2,5kg);
  - de reducere a masei rinichilor (nephrectomie, rinichi unic);
  - de insuficienta renala acuta in antecedente;
- Nivel socio-economic scazut;
- Expunere la solventi organici, benzina si derivati, siliciu, plumb;
- Obezitate;
- Fumat.

2. Rezultatul investigatiilor paraclinice recomandate: creatinina serica cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumina/creatinina urinara.

3. Interventie asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, activitatea fizica si fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sanatatea Mintala

Persoane cu risc inalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburari psihice, inclusiv abuzul de substante, afectiuni medicale cronice, somajul, status socioeconomic scazut, toti membrii familiei care au a suferit violenta in familie, LGBT.

e.1. Factorii de risc:

- e.1.1. antecedente personale si heredo-colaterale de adictie (rudele de gradul I prin filiatie directa);
- e.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizand chestionarul standardizat cu 3 intrebari pentru depistarea consumului problematic de alcool.

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

Intrebari:

1. Cat de des consumati o bautura continand alcool?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe luna - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe saptamana - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe saptamana - 4 puncte

2. Cate bauturi standard\*) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?

- a. una sau doua - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau sase - 2 puncte
- d. sapte sau noua - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

\*) o bautura standard contine 12 g alcool pur si este echivalenta cu 1 doza de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tarie a 40 ml.

3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi alcoolice standard la o singura ocazie?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. saptamanal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la barbati si 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 intrebari indica un consum inadecvat.

e.2. Identificarea persoanelor cu risc inalt de depresie utilizand chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei

1. V-ati pierdut interesul sau placerea pentru activitatile obisnuite in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

2. V-ati simtit trist, demoralizat sau neajutorat in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

Raspunsul afirmativ la ambele intrebari indica un risc inalt de depresie si impune trimiterea la consultatii de specialitate de psihiatrie.

In riscograma se consemneaza riscul privind consumul de alcool si riscul de depresie.

Interventii asupra riscurilor:

- sfat minimal in ceea ce priveste consumul inadecvat de alcool;
  - selectarea cazurilor eligibile si trimitere pentru consiliere si consultatii de specialitate.
- f. Riscuri semnificative legate de sanatatea reproducerii

f.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de varsta fertila (40 - 44 ani);
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de varsta fertila (40 - 44 ani);
- evitarea riscurilor de infectii de boli cu transmitere sexuala la populatia cu risc inalt.

f.2. In riscograma vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intentia de sarcina, utilizarea unei metode de contraceptie.

f.3. Interventie asupra riscurilor:

- Femei 40 - 44 ani - consiliere in cabinet/planificare familiala pentru femeile care nu doresc sa ramana insarcinate si nu folosesc nicio metoda contraceptiva; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifica o sarcina.

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungita la radiatiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales in perioada copilariei;
- istoric personal de melanom sau de tumora cutanata;
- mai mult de 50 de alunite pe corp;
- multi pistrui (extinsi) la nivelul portiunii superioare a spatelui, prezenta a >5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisa a pielii;
- culoarea deschisa a ochilor;
- parul blond sau roscat.

2. Interventie asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind expunerea la soare sau UV in saloanele de bronzat.

#### C. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECTIUNI CRONICE LA ADULTII CU VARSTA INTRE 40 SI 60 DE ANI

Consultatia preventiva de depistare precoce a unor afectiuni cronice la adultii care sunt inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate altor afectiuni cu pondere importanta asupra poverii imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, afectiuni oncologice, boala cronica de rinichi, afectiuni hepatice, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii, in cazul in care persoana nu este deja diagnosticata cu aceste afectiuni.

Evaluarea complexa a riscului individual in functie de varsta/sex se realizeaza prin consultatie si/investigatii specifice consemnate in riscograma.

Consultatiile preventive de depistare precoce a unor afectiuni la adultii cu varsta intre 40 si 60 ani cuprind aceleasi evaluari si interventii care se realizeaza in cadrul consultatiilor preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste, reglementate la litera B2, fiind intocmita riscograma corespunzatoare pentru riscurile privind afectiunile cu care adultul nu este in evidenta medicului de familie la data acordarii consultatiei.

In cadrul consultatiilor preventive de depistare precoce a unor afectiuni, adultii cu varsta intre 40 si 60 ani beneficiaza de recomandare pentru aceleasi investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute pentru adultii asimptomatici cu varsta de 40 de ani si peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive, nu a efectuat aceste investigatii.

La Evaluarea Riscului de Boala Cronica de Rinichi, se vor consemna in Riscograma, inclusiv urmatoarii factori de risc:

- afectiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arteriala, dislipidemie, boala aterosclerotica (coronariana, cerebrala sau periferica), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrita reumatoida, spondilita ankilopoietica, mielom multiplu), infectii sistemice (VHB, VHC, HIV), infectii urinare complicate, litiaza reno-urinary de infectie, consecutiva obstructiei sau metabolic activa (>1 episod pe an), obstructii ale tractului urinar (obstructie cunoscuta sau suspectata a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezica neurologica, derivatii ale tractului urinar);
- situatii care necesita tratamente de lunga durata cu medicamente potential nefrotoxice: inhibitori de enzima de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanti ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazina si alte derivati 5- aminosalicilici, inhibitori de calcineurina (ciclosporina, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat).

#### NOTA:

Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu boli cronice de cauza cardiovasculara sau care pot genera complicatii cardiovasculare sau cu nivele deja cunoscute foarte inalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie, diabet zaharat, boala cronica de rinichi). Aceste persoane au deja un risc crescut de boala cardiovasculara si necesita managementul integrat al tuturor factorilor de risc in cadrul consultatiilor de monitorizare activa adresate bolilor cronice prioritare.###

#### D. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECTIUNI CRONICE LA ADULTII CU VARSTA DE PESTE 60 DE ANI

Consultatia preventiva de depistare precoce a unor afectiuni cronice la adultii care sunt inregistrati la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate altor afectiuni cu pondere importanta asupra poverii imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, afectiuni oncologice, boala cronica de rinichi, afectiuni hepatice, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii, in cazul in care persoana nu este deja diagnosticata cu aceste afectiuni.

Evaluarea complexa a riscului individual in functie de varsta/sex se realizeaza prin consultatie si/investigatii specifice consemnate in riscograma.

In cadrul consultatiilor preventive de depistare precoce a unor afectiuni la adultii cu varsta de peste 60 de ani, acestia beneficiaza de recomandare pentru investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 2 de la pct. 1.2.7, literale A si B din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de depistare precoce a unor afectiuni, nu a efectuat aceste investigatii.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata)

- consemnarea statusului curent privind:
  - fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevazut la punctul C1 subpunctul d.1.2;
- activitatea fizica;
- dieta - evaluarea practicilor nutritionale si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos; evaluarea obezitatii prin calcularea indexului de masa corporala (IMC);
- consiliere privind consumul de substante interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanti, etc);
- evaluarea sanatatii orale, in special la persoane adulte apartinand grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultati de acces la ingrijirea dentara, populatie rurala, persoanele cu flux de saliva redus (ex. radioterapia capului si gatului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumatori, consumatori in exces de alcool;
- evaluarea nevoilor psiho-sociale;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) consta in:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizand diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevazuta mai jos;
- incadrarea pacientilor intr-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea masurilor de schimbare a stilului de viata, individualizat, in functie de marimea riscului stabilit;
- includerea in sistemul de monitorizare activa a pacientilor cu risc cardiovascular inalt (SCORE  $\geq$  5 sau factori individuali crescuti):

- Diagrama SCORE - estimeaza riscul de eveniment cardiovascular fatal in urmatoorii 10 ani.

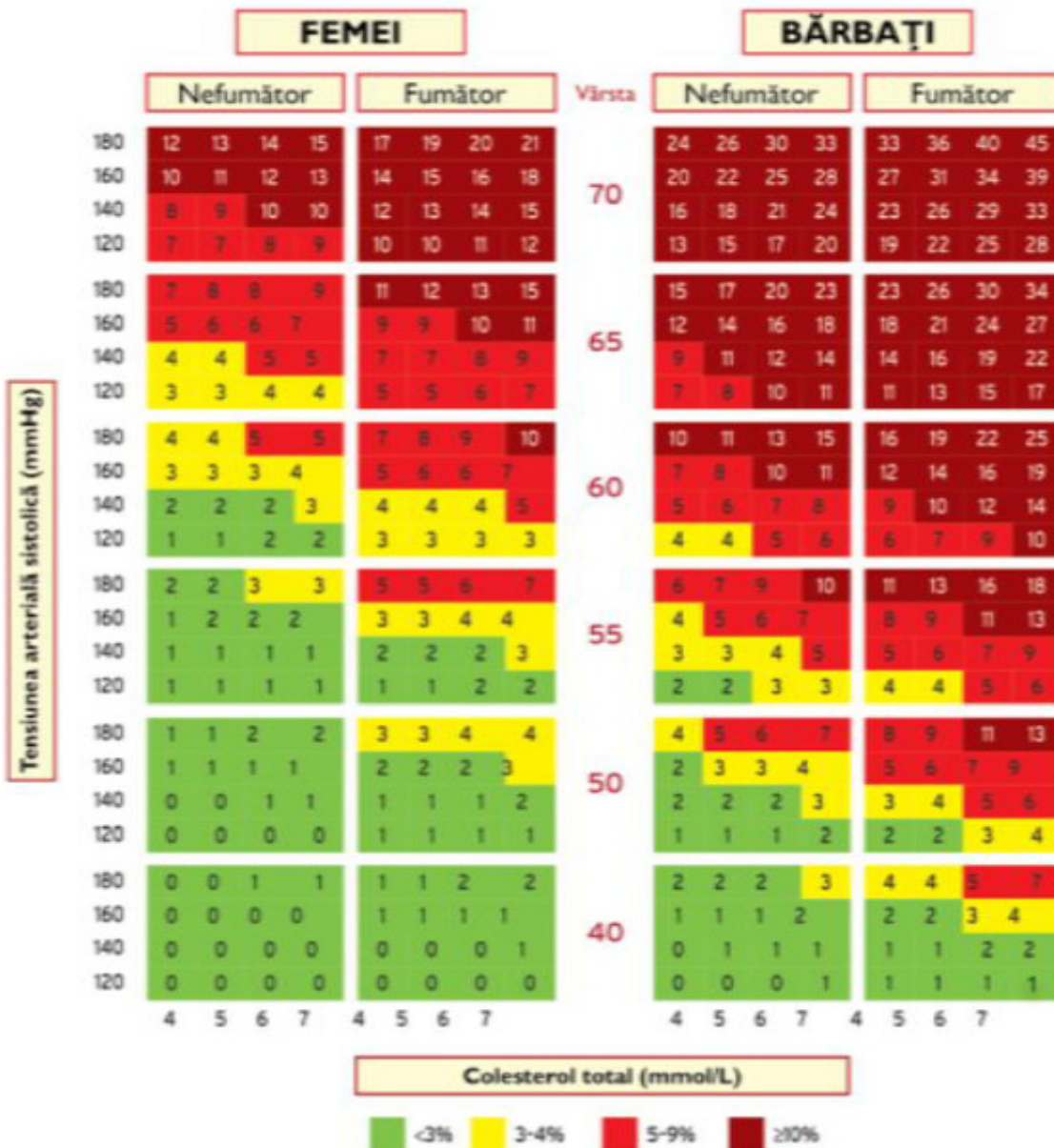
In riscograma vor fi consemnate urmatoarele:

1. Factorii de risc

- la toti pacientii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara (< 55 ani la barbati, < 65 ani la femei) si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total - repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o data la 5 ani;
- glicemia pentru persoanele care prezinta urmatoorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serica cu determinarea RFG<sub>e</sub> - toate persoanele cu TA > 140/90.

## Harta SCORE

Riscul de boală cardiovasculară fatală la 10 ani  
Populația europeană la risc înalt cardiovascular



### 2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
  - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual;
  - pentru RCV < /= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.
- persoanele cu Risc 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 consultatii de management de caz).

NOTA:

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, boala cronică de rinichi). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

### c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscograma vor fi consemnate:

#### 1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață;
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate;

#### 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
  - femei - recomandare pentru senologie imagistică; femei 60 - 64 ani - data ultimului test Babes Papanicolau.

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



In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- Istoric:
  - familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienta renala, dializa sau transplant renal;
  - de greutate mica la nastere (sub 2,5kg);
  - de reducere a masei rinichilor (nephrectomie, rinichi unic);
  - de insuficienta renala acuta in antecedente;
- Nivel socio-economic scazut;
- Varsta > 65 ani;
- Expunere la solventi organici, benzina si derivati, siliciu, plumb;
- Obezitate;
- Fumat;
- afectiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arteriala, dislipidemie, boala aterosclerotica (coronariana, cerebrala sau periferica), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrita reumatoida, spondilita ankilopoietica, mielom multiplu), infectii sistemice (VHB, VHC, HIV), infectii urinare complicate, litiaza reno-urinary de infectie, consecutiva obstructiei sau metabolic active (>1 episod pe an), obstructii ale tractului urinar (obstructie cunoscuta sau suspectata a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezica neurologica, derivatii ale tractului urinar);
- situatii care necesita tratamente de lunga durata cu medicamente potential nefrotice: inhibitori de enzima de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanti ai receptorilor angiotensinei (BRA);

2. Rezultatul la investigatiile paraclinice recomandate: creatinina serica cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumina/creatinina urinara.

3. Interventii asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, activitatea fizica si fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sanatatea Mintala

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale si heredo-colaterale de adictie (rudele de gradul I prin filiatie directa);

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

Persoane cu risc inalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburari psihice, inclusiv abuzul de substante, afectiuni medicale cronice, somajul, status socioeconomic scazut, toti membrii familiei care au suferit violenta in familie, LGBT.

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

Intrebari:

1. Cat de des consumati o bautura continand alcool?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe luna - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe saptamana - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe saptamana - 4 puncte

2. Cate bauturi standard\* consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?

- a. una sau doua - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau sase - 2 puncte
- d. sapte sau noua - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

\*) o bautura standard contine 12 g alcool pur si este echivalenta cu 1 doza de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tarie a 40 ml.

3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi alcoolice standard la o singura ocazie?

- a. niciodata - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. saptamanal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la barbati si 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 intrebari indica un consum inadecvat.

e.2. Identificarea persoanelor cu risc inalt de depresie utilizand chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei

1. V-ati pierdut interesul sau placerea pentru activitatile obisnuite in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

2. V-ati simtit trist, demoralizat sau neajutorat in ultima luna? |\_ DA |\_ NU

Raspunsul afirmativ la ambele intrebari indica un risc inalt de depresie si impune trimiterea la consultatia de specialitate de psihiatrie.

In riscograma se consemneaza riscul privind consumul de alcool si riscul de depresie. Interventii asupra riscurilor:

- sfat minimal in ceea ce priveste consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile si trimitere pentru consiliere si consultatii de specialitate.

f. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungita la radiatiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales in perioada copilarii;
- istoric personal de melanom sau de tumora cutanata;
- mai mult de 50 de alunite pe corp;
- multi pistrui (extinsi) la nivelul portiunii superioare a spatelui, prezenta a >5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisa a pielii;
- culoarea deschisa a ochilor;
- parul blond sau roscat.

2. Interventii asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate;
- consiliere privind expunerea la soare sau UV in saloanele de bronzat.

g. Evaluarea Riscului de Osteoporoza

Obiectivul evaluării este reducerea riscului de fractura asociată osteoporozei.

În riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- sexul feminin;
- istoricul familial de osteoporoza;
- greutate corporală scăzută;
- fractura vertebrală clinică sau morfometrică anterioară, fractura anterioară datorată unui traumatism minim;
- terapia cu glucocorticoizi pe termen lung;
- artrita reumatoidă;
- hipogonadism primar/secundar la bărbați;
- densitate osoasă minerală scăzută;
- deficiența de vitamina D, aport scăzut de calciu, hipercofostază, fumat curent, consum de alcool;
- cadere și imobilizare.

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și 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 ani sau peste, respectiv la toate femeile în postmenopauză cu antecedente de fracturi de fragilitate, osteopenie, în caz de începere sau administrare a tratamentelor sistemice pe termen lung cu glucocorticoizi, alți factori de risc pentru osteoporoza.

- Pentru bărbați cu vârsta peste 70 de ani.

h. Evaluarea Riscului de Incontinentă Urinară

În riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- sexul feminin, nașterea pe cale vaginală;
- obezitatea;
- fumatul;
- hipertrofie prostatică la bărbați;

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, antrenarea vezicii urinare, a musculaturii vezicii urinare, reducerea consumului de alcool, cafeina și alimente acide.

i. Evaluarea Riscului de Dementă

În riscograma vor fi consemnate:

1. Afecțiuni ce produc demență: 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: hipotirozism, deficiența 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 boala Alzheimer cu debut precoce;
- colesterol ridicat;
- diabet zaharat;
- insuficiența cognitivă;
- fumat;
- consum de alcool;
- dietă bogată în grăsimi;
- viața socială izolată.

3. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, reducerea consumului de alcool, cafeina și alimente acide, exerciții de stimulare cognitivă, odihnă suficientă.

NOTA 1: în cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, acordate persoanelor asigurate, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și 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 investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultatie 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 depășesc competența 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\\_ghiduri\\_recomandari\\_si\\_evidente\\_stintifice/ghiduri\\_si\\_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf](https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf). Prezenta Anexă 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.





nr...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

### III. Servicii medicale furnizate

**Art. 2.** - Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul de servicii medicale de baza prevazut in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .... / ..... /2023.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European, si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, precum si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, de catre urmatoorii medici de familie:

1. ...., avand un numar de..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrise pe lista proprie;
2. ...., avand un numar de..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, inscrise pe lista proprie, un numar de..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrise pe lista proprie;
3. ...., avand un numar de..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrise pe lista proprie;

### IV. Durata contractului

**Art. 4.** - Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie a anului pentru care s-a incheiat contractul.

**Art. 5.** - Durata contractului se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

### V. Obligatiile partilor

#### A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

**Art. 6.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, termen care poate fi mai mic decat cel prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, in functie de data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, si data de intrare in vigoare a Contractului-cadru si a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum si a actelor normative de modificare/completare a acestora;
- f) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice din mediul rural si din mediul urban - pentru orasele cu un numar de pana la 10.000 de locuitori, in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;
- g) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;
- h) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;
- i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;
- j) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate in termen de 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

- k) sa faca publica valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum si numarul total de puncte per capita si pe serviciu realizate la nivel national, se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; sa publice pe pagina de web a acestora numarul total de puncte per capita si pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu lista proprie de persoane inscrise, precum si sumele decontate fiecarui furnizor cu care se afla in relatii contractuale;
- l) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de familie fac dovada capacitatii tehnice corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara, dupa caz;
- m) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
- n) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- o) sa actualizeze in format electronic - SIUI, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate inscrise pe lista, iar lunar, in vederea actualizarii listelor proprii, sa actualizeze in format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat si persoanele nou-asigurate intrate pe lista, in conditiile prevederilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.
- p) sa publice pe site-ul propriu lista unitatilor administrativ-teritoriale din mediul rural si urban, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta localitate si sa o actualizeze permanent.

#### B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

- Art. 7.** - a) sa respecte dreptul la libera alegere de catre persoanele asigurate a medicului si a furnizorului; sa acorde servicii prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare; sa acorde servicii medicale persoanelor care nu detin cod numeric personal, prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data inregistrarii acestora in sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- b) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- c) sa informeze persoanele asigurate cu privire la:
1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala si datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil);
  2. pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- e) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati clinice sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, aprobate prin Hotararea Guvernului nr. 1915/2006, cu modificarile ulterioare, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform instructiunilor privind modul de utilizare si completare a acestora; sa asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementeaza;
- f) sa asigure utilizarea prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotararea a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform normelor metodologice privind utilizarea si modul de completare a formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 674/252/2012, cu modificarile si completarile ulterioare;
- g) sa finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandarii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii si incontinenta urinara, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu se face in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea activitatilor zilnice pe care asiguratul nu le poate indeplini, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023; recomandarea pentru ingrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de ingrijiri paliative prevazuti in Ordinul ministrului sanatatii nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, functionare si autorizare a serviciilor de ingrijiri paliative, cu modificarile si completarile ulterioare;
- h) sa respecte avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare

medicamentelor de care beneficiaza asigurarii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, si a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificarile si completarile ulterioare, sau ca medicamentul este produs biologic;

i) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel putin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asigurarii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; In situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindiciilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

l) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

m) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate

n) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

o) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru documentele eliberate ca urmare a acordarii acestor servicii;

p) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lunar lista proprie in functie de informatiile preluate din SIUI;

q) sa inscrie copiii care nu au fost inregistrati pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inregistrat pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune; inregistrarea nou-nascutului va fi efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inregistrarea pe lista proprie; sa inscrie pe lista proprie gravidele si lauzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora, daca nu exista o alta optiune; sa nu refuze inregistrarea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a apartinatorilor legali, si nici inregistrarea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare; sa nu refuze inregistrarea pe lista a persoanelor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de baza, in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale;

r) sa respecte dreptul persoanei asigurate de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inregistrarii pe lista acestuia, precum si in conditiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispozitia medicului la care persoanele asigurate opteaza sa se inscrie a documentelor medicale;

s) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si sa recomande investigatii paraclinice, ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre alti medici care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandari formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandari vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023 si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023. Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1.608 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de

asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al carei model este prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. In situatia in care un asigurat cu o boala cronica confirmata, inscris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit in anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

s) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, ca urmare a actului medical propriu; sa recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat(a) de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023;

t) sa intocmeasca bilet de trimitere catre specialitati clinice si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

t) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

v) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

x) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. w), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale efectuate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate

y) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane - daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu detin cod numeric personal prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

z) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afectiuni cronice si vor raporta la casa de asigurari de sanatate, o data cu raportarea activitatii, modificarile ulterioare privind miscarea lunara a acestora.

#### VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

**Art. 8.** - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

e) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioada de vacanta de pana la 30 de zile lucratoare pe an; pentru aceasta perioada modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate inscrite pe lista, precum si modalitatea de plata per capita si pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

#### VII. Modalitati de plata

**Art. 9.** - Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoana asigurata

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

1.2. Medic nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023: DA/NU . . . . .

1.3.1 Medic nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, care incheie contract dupa expirarea conventiei de furnizare de servicii medicale, conventie incheiata pe o perioada de maximum 6 luni: DA/NU . . . . .

Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023: de la . . . . . pana la . . . . .

1.3.2 Medicul de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 17 alin. (2) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, care incheie contract dupa expirarea conventiei de furnizare de servicii medicale, conventie incheiata pe o perioada de maximum 6 luni: DA/NU . . . . .

Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023: de la . . . . . pana la . . . . .

1.3.3. Medicul de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 17 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023. DA/NU . . . . .

Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023: de la . . . . . pana la . . . . .

1.4. Valoarea garantata a punctului "per capita", unica pe tara, este de 12 lei, valabila pentru anul 2023.

1.5. Numarul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), dupa caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 se ajusteaza in raport:

a) cu conditiile in care isi desfasoara 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 asistenta medicala primara din unitati administrativ-teritoriale din mediul rural si din mediul urban pentru orasele cu un numar de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral in Rezervatia Biosferei Delta Dunarii se aplica un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obtinut potrivit Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2023; in conditiile in care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabileste un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zona pentru fiecare situatie.

1.6. In situatia in care numarul de persoane asigurate inscrite pe lista medicului de familie depaseste 2.200 si numarul de puncte "per capita"/an depaseste 22.000 puncte puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se reduce dupa cum urmeaza:

1.6.1. - cu 25%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 22.001 - 26.000;

1.6.2. - cu 50%, cand numarul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numarul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, care au cel putin un medic angajat cu norma intrega si pentru cabinetele medicale care se afla intr-o unitate administrativ-teritoriala/zona urbana cu deficit din punct de vedere al prezentei medicului de familie, stabilite de catre comisia prevazuta la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, se reduce dupa cum urmeaza:

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 25%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 30.000, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 50%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat in puncte, pentru unele servicii medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enuntate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

2.2. Valoarea garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unica pe tara si este de 8 lei, valabila pentru anul 2023.

2.3. Valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic este unica pe tara si este de 8 lei, valabila pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic si terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Pentru serviciile diagnostice si terapeutice nu se aplica ajustarea numarului de puncte in functie de gradul profesional al medicului.

3. Plata pentru performanta, pentru medicii de familie care au indeplinit indicatorii de performanta prevazuti la art. 11 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

Plata pentru performanta se acorda incepand cu anul 2025 pentru medicii de familie care au indeplinit indicatorii de performanta masurati pentru activitatea realizata in anul precedent.

4. Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Medic de familie angajat\*) . . . . .

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

\*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sora medicala/moasa

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

2. . . . .

b) Medic de familie

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Medic de familie angajat\*)

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

\*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sora medicala/moasa

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

2. . . . .

c) . . . . .

**Art. 10.** - (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze, in termen de maximum 18 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie, la valoarea garantata pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic, pe baza documentelor necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, transmise lunar de catre furnizor la casa de asigurari de sanatate, la data de . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(2) Pana cel tarziu la data de 18 a celei de a doua luni dupa incheierea trimestrului se face decontarea drepturilor banesti ale medicilor de familie ca urmare a regularizarilor erorilor de calcul constatate.

VIII. Calitatea serviciilor

**Art. 11.** - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

IX. Raspunderea contractuala

**Art. 12.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

X. Clauza speciala

**Art. 13.** - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen. In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

XI. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului

**Art. 14.** - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract si/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) si z), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului, precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 7 lit. s), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii;

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. i) si o) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. v), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic.

Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. v) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute in contract.

(6) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (5) se aplica gradual in termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(7) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(10) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (5) si (7) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeaasi destinatie.

(11) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (5) si (7) casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

**Art. 15.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii retragerii/anularii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii



furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale si suma corespunzatoare platii per capita.

**Art. 16.** - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

- a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;
- e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;
- g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;
- i) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situatie.

**Art. 17.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:
  - a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
  - a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;
  - a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
  - a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;
  - a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;
- e) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.
- f) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa in cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la incheierea contractului nu a inregistrat numarul minim de asigurati conform prevederilor legale in vigoare, cu exceptia situatiilor stabilite de comisia constituita potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, pentru situatiile in care se justifica aceasta decizie.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizori, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii

respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 18.** - Situatiile prevazute la art. 16 si la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) si lit. f) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) si lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate, cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XII. Corespondenta

**Art. 19.** - Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronica sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract. Fiecare parte contractanta este obligata ca in situatia in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

**Art. 20.** - In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

**Art. 21.** - Valoarea garantata a unui punct per capita, a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantata a unui punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic sunt calculate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu sunt elemente de negociere intre parti.

**Art. 22.** - Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

**Art. 23.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIV. Solutionarea litigiilor

**Art. 24.** - (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi . . . . . in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei economice, . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios . . . . .	CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Reprezentant legal, . . . . .
---	---

ACT ADITIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen si pelvis).

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 4  
- model -

Vizat  
Casa de Asigurari de Sanatate . . . . .

**CONVENTIE DE INLOCUIRE\*)**  
**(anexa la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara nr. . . . . ) intre reprezentantul legal al cabinetului medical si medicul inlocuitor**

I. Partile conventiei de inlocuire:

Dr. . . . . , (numele si prenumele) reprezentant legal al cabinetului medical . . . . .  
. . . . . , cu sediul in municipiul/orasul . . . . . , CUI . . . . . , str. . . . .  
nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . .  
. . . . . , judet/sector . . . . . , tele fon: fix, mobil, . . . . . adresa de email . . . . . fax . . . . . , cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr. . . . . , incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . , cont nr. . . . .  
. . . . . deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. . . . . deschis la Banca . . . . .  
. . . . . cod de identificare fiscala - cod unic de inregistrare . . . . . sau codul numeric personal al reprezentantului legal . . . . .  
Medicul inlocuit . . . . . (numele si prenumele)  
si

Medic inlocuitor . . . . . , (numele si prenumele)  
Codul de parafa . . . . .  
Codul numeric personal . . . . .  
cu Licenta de inlocuire temporara ca medic de familie nr. . . . .  
II. Obiectul conventiei:  
1. Preluarea activitatii medicale a medicului de familie . . . . . , cu contractul nr. . . . .  
. . . . . , pentru o perioada de absenta de . . . . . , de catre medicul de familie . . . . .  
2. Prezenta conventie se depune la casa de asigurari de sanatate odata cu inregistrarea primei perioade de  
absenta in cadrul derularii contractului si se actualizeaza, dupa caz.  
III. Motivele absentei  
1. incapacitate temporara de munca in limita a doua luni/an . . . . .  
2. vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare/an calendaristic . . . . .  
3. studii medicale de specialitate pentru o perioada de maximum doua luni/an . . . . .  
4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica, alese sau numite, in limita a doua luni/an . . . . .  
5. participari la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in  
scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Romania, in limita a  
doua luni/an . . . . .  
6. citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita  
prezenta la institutiile respective.  
7. concediu pentru ingrijirea copilului bolnav, pana la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru  
afectiuni intercurente pana la implinirea varstei de 18 ani.  
8. concediu de sarcina/lauzie.  
IV. Locul de desfasurare a activitatii  
Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical - (al medicului inlocuit) - . . . . .  
V. Obligatiile medicului inlocuitor  
Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie  
inlocuit si casa de asigurari de sanatate.  
In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica  
extinsa/calificata proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii,  
formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale  
medicului inlocuit, numarul de contract al medicului inlocuit.  
VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor  
1. Venitul "per capita", pe serviciu medical si pe serviciu medical diagnostic si terapeutic pentru  
perioada de absenta se vireaza de Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . in contul titularului  
contractului nr. . . . . , acesta obligandu-se sa achite medicului . . . . .  
inlocuitor . . . . . lei/luna.  
2. Termenul de plata . . . . .  
3. Documentul de plata . . . . .  
VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi, . . . . . , in 3 exemplare, dintre  
care un exemplar devine act aditional la contractul nr. . . . . al medicului inlocuit si cate  
un exemplar revine partilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical, Medicul inlocuitor  
. . . . .  
(nume si prenume) . . . . . (nume si prenume)

\*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta in limita a doua luni/an.  
Vizat,  
Casa de Asigurari de Sanatate

**CONVENTIE DE RECIPROCIȚATE\*)**

incheiata in conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii  
si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . .  
/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru  
aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii  
asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari  
sociale de sanatate  
I. Partile conventiei de reciprocitate:  
Dr. . . . . , cu CNP . . . . . , reprezentant legal al cabinetului medical . . . . .  
. . . . . , C.U.I. . . . . , cu sediul in localitatea . . . . . , adresa  
cabinetului medical . . . . . judetul/sectorul . . . . . , telefon: . . . . .  
. . . . . adresa de e-mail . . . . . , avand contractul nr. . . . . de furnizare de  
servicii medicale in asistenta medicala primara incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . .  
. . . . . , in calitate de medic inlocuit.  
si  
Dr. . . . . , cu CNP . . . . . , reprezentant legal al cabinetului medical . . . . .  
. . . . . , C.U.I. . . . . , cu sediul in localitatea . . . . . , adresa  
cabinetului medical . . . . . judetul/sectorul . . . . . , telefon: . . . . .  
. . . . . adresa de e-mail . . . . . , avand contractul de furnizare de servicii medicale in  
asistenta medicala primara incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . , nr. . . . .  
. . . . . , in calitate de medic inlocuitor.  
II. Obiectul conventiei:  
Preluarea activitatii medicale in perioada . . . . . , pentru un nr. . . . . de  
zile lucratoare.  
III. Motivele absentei:  
1. incapacitate temporara de munca in limita a doua luni/an . . . . .  
2. vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare/an calendaristic . . . . .  
3. studii medicale de specialitate pentru o perioada de maximum doua luni/an . . . . .  
4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica, alese sau numite, in limita a doua luni/an . . . . .  
5. participari la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in  
scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Ro mania, in limita a  
doua luni/an . . . . .

6. citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective.

7. concediu pentru ingrijirea copilului bolnav, pana la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afectiuni intercurente pana la implinirea varstei de 18 ani.

IV. Locul de desfasurare a activitatii:

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical . . . . ., adresa cabinetului . . . . .  
. . . . ., medicul inlocuitor prelungindu-si programul de lucru dupa necesitati.

V. Obligatiile medicului inlocuitor:

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica extinsa/calificata proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii si formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract al medicului inlocuit.

VI. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi,, in 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act aditional la contractul nr. . . . . si cate un exemplar revine partilor semnatare.

Medic inlocuit,                      Medic inlocuitor,  
. . . . .  
(nume si prenume)                      (nume si prenume)

Precizari:

\*) Conventia de reciprocitate se incheie pentru perioade de absenta mai mici de 30 de zile lucratoare. Inlocuirea medicului absent pe baza de reciprocitate se face pentru o perioada cumulata de maximum 60 de zile lucratoare, pe an calendaristic.  
Pentru situatiile de inlocuire pe baza de reciprocitate, medicul de familie inlocuit va depune la casa de asigurari de sanatate, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, un exemplar al conventiei de reciprocitate si va afisa la cabinetul medical numele si programul medicului inlocuitor, precum si adresa cabinetului unde isi desfasoara activitatea.

ANEXA Nr. 5  
- model -

#### CONVENTIE DE INLOCUIRE\*)

**(anexa la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara nr. . . . . ) intre casa de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor**

I. Partile conventiei de inlocuire:

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon: fix, mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . ., reprezentata prin Director general . . . . .

pentru

Medicul inlocuit . . . . . (numele si prenumele)  
din cabinetul medical . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul/comuna . . . . ., CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon/fax . . . . ., adresa e-mail . . . . ., cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr. . . . ., incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . ., cont nr. . . . . deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. . . . . deschis la Banca . . . . ., cod de identificare fiscala - cod unic de inregistrare . . . . ., al carui reprezentant legal este:

. . . . ., (numele si prenumele)

avand codul numeric personal nr. . . . .

si

Medicul inlocuitor . . . . . (numele si prenumele)

Codul de parafa . . . . .

Codul numeric personal . . . . .

Licenta de inlocuire temporara ca medic de familie nr. . . . . sau contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara incheiat cu casa de asigurari de sanatate nr. . . . .

II. Obiectul conventiei

Preluarea activitatii medicale a medicului de familie . . . . ., cu contract nr. . . . ., pentru o perioada de absenta de . . . . ., de catre medicul de familie . . . . .

III. Motivele absentei:

1. incapacitate temporara de munca, care depaseste doua luni/an . . . . .
2. concediu de sarcina sau lehuzie . . . . .
3. concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului in varsta de pana la 2 ani . . . . .
4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, care depaseste doua luni/an . . . . .
5. perioada in care unul dintre sotii il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate . . . . .
6. perioada de rezidentiat in specialitatea medicina de familie sau alte studii medicale de specialitate . . . . .
7. concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului cu handicap pana la implinirea de catre acesta a varstei de 3 ani
8. concediu pentru ingrijirea copilului bolnav, pana la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afectiuni intercurente pana la implinirea varstei de 18 ani.

IV. Locul de desfasurare a activitatii

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical (al medicului inlocuit) . . . . .

Programul de activitate al medicului inlocuitor se va stabili in conformitate cu programul de lucru al cabinetului in care isi desfasoara activitatea.\*\*)

V. Obligatiile medicului inlocuitor

Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie inlocuit si casa de asigurari de sanatate.

Medicul inlocuitor are obligatia fata de cabinetul medical al medicului inlocuit de a suporta cheltuielile de administrare si de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica extinsa/calificata proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care isi desfasoara activitatea medicul inlocuitor, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract al medicului inlocuit.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor

1. Veniturile "per capita", pe serviciu medical si pe serviciu medical diagnostic si terapeutic aferente perioadei de absenta se vireaza de casa de asigurari de sanatate in contul medicului inlocuitor nr. . . . . , deschis la Banca . . . . . /Trezoreria statului.

2. Pentru punctajul "per capita" si punctajul pe serviciu, se va lua in calcul gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei.

3. Termenul de plata . . . . .

4. Documentul de plata . . . . .

VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi, . . . . . , in doua exemplare, dintre care un exemplar devine act aditional la contractul nr. . . . . al medicului inlocuit si un exemplar revine medicului inlocuitor.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei economice . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios	Medicul inlocuitor, . . . . . De acord, Reprezentant legal al cabinetului medical***) . . . . .
--	---

\*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta mai mari de doua luni/an.

\*\*) Pentru situatia in care preluarea activitatii s-a facut de catre un medic aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, programul de activitate al medicului inlocuitor se prelungeste corespunzator, in functie de necesitati.

\*\*\*) Cu exceptia situatiilor in care acesta se afla in imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA Nr. 6  
- model -

#### CONVENTIE DE FURNIZARE de servicii medicale in asistenta medicala primara

I. Partile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . , cu sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . judetul/sectorul . . . . . , telefon/fax . . . . . adresa de e-mail . . . . . , reprezentata prin director general . . . . . ;

Unitatea sanitara de asistenta medicala primara . . . . . , cu sau fara punct de lucru secundar . . . . . , reprezentata prin . . . . . , avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . , judetul/secto rul . . . . . , telefon . . . . . , si sediul punctului de lucru secundar in comuna . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , telefon: fix/mobil . . . . . , adresa de e-mail . . . . .

II. Obiectul conventiei

**Art. 1.** - Obiectul prezentei conventii il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, conform Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale furnizate

**Art. 2.** - (1) Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul de servicii medicale de baza prevazut in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, precum si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, de catre urmasorii medici de familie:

1. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrite pe lista proprie;

2. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrite pe lista proprie;

3. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei

de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, inscrise pe lista proprie.

#### IV. Durata conventiei

**Art. 3.** - (1) Prezenta conventie este valabila o perioada de maximum 6 luni de la data incheierii.

(2) Prin exceptie, pentru medicul de familie nou venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta localitate unitate administrativ-teritoriala, durata de valabilitate a conventiei cu casa de asigurari de sanatate se prelungeste in situatia in care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate este mai mic decat venitul calculat conform conventiei, in conditiile in care medicul de familie inscrie pe lista minim 60 % din populatia aferenta unitatii administrativ-teritoriale, in termen de 2 ani de la data incheierii conventiei.

#### V. Obligatiile partilor

##### A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

**Art. 4.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie conventii numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii conventiilor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora;
- b) sa deconteze furnizorii de servicii medicale, la termenele prevazute in conventie, pe baza facturii insotita de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de incheiere a conventiilor a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerea, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, termen care poate fi mai mic decat cel prevazut la art. 197 alin. (2) - functie de data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I si data de intrare in vigoare a Contractului-cadru si a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum si a actelor normative de modificare/completare a acestora;
- f) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice din mediul rural si din mediul urban - pentru orasele cu un numar de pana la 10.000 de locuitori, in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;
- g) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;
- h) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurari sociale de sanatate;
- i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;
- j) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
- k) sa faca publica valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum si numarul total de puncte per capita si pe serviciu realizate la nivel national, se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; sa publice pe pagina de web a acestora numarul total de puncte per capita si pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu lista proprie de persoane inscrise, precum si sumele decontate fiecarui furnizor cu care se afla in relatii contractuale;
- l) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala (conventie), precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala (conventie) cu casa de asigurari de sanatate;
- m) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale (conventie) formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- n) sa publice pe site-ul propriu lista unitatilor administrativ-teritoriale din mediul rural si urban, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta localitate si sa o actualizeze permanent.

##### B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

**Art. 5.** - Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte dreptul la libera alegere de catre persoanele asigurate a medicului si a furnizorului; sa acorde servicii prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare; sa acorde servicii medicale persoanelor care nu detin cod numeric personal, prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data inregistrarii acestora in sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- b) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, program

asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate;

c) sa informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in conventie si datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in conventie;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform conventiei de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

e) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati clinice sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare, si normelor metodologice de aplicare a acesteia, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul conventiei incheiate cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform instructiunilor privind modul de utilizare si completare a acestora; sa asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementeaza;

f) sa asigure utilizarea prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul conventiei incheiate cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform normelor metodologice privind utilizarea si modul de completare a formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 674/252/2012, cu modificarile si completarile ulterioare;

g) sa finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandarii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii si incontinenta urinara, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu se face in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea activitatilor zilnice pe care asiguratul nu le poate indeplini, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023; recomandarea pentru ingrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de ingrijiri paliative prevazuti in Ordinul ministrului sanatatii nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, functionare si autorizare a serviciilor de ingrijiri paliative, cu modificarile si completarile ulterioare;

h) sa respecte, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, si a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificarile si completarile ulterioare, sau ca medicamentul este produs biologic;

i) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii conventiei de furnizare de servicii medicale, cu cel putin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii conventiei; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in conventie;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara ce face obiectul conventiei incheiate cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

l) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii

sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

m) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

n) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

o) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru documentele eliberate ca urmare a acordarii acestor servicii;

p) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lunar lista proprie in functie de informatiile preluate din SIUI;

q) sa inscrie copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune; inscrierea nou-nascutului va fi efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inscrierea pe lista proprie; sa inscrie pe lista proprie gravidele si lauzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora, daca nu exista o alta optiune; sa nu refuze inscrierea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a apartinatorilor legali, si nici inscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare; sa nu refuze inscrierea pe lista a persoanelor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de baza, in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale;

r) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia, precum si in conditiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispozitia medicului la care persoanele asigurate opteaza sa se inscrie a documentelor medicale;

s) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si sa recomande investigatii paraclinice, ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre alti medici care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1.608 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al carei model este prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. In situatia in care un asigurat cu o boala cronica confirmata, inscris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit in anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

s) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, ca urmare a actului medical propriu; sa recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat(a) de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023;

t) sa intocmeasca bilet de trimitere pentru specialitati clinice si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

t) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu



respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

v) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

x) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. w), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale efectuate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

y) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane - daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu detin cod numeric personal prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

z) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afectiuni cronice si vor raporta la casa de asigurari de sanatate, o data cu raportarea activitatii, modificarile ulterioare privind miscarea lunara a acestora.

#### VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

**Art. 6.** - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

- sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;
- sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioada de vacanta de pana la 30 de zile lucratoare pe an; pentru aceasta perioada modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate inscrise pe lista, precum si modalitatea de plata per capita si pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

#### VII. Modalitati de plata

**Art. 7.** - (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala primara pentru medicii nou-veniti sunt: Medicii de familie nou-veniti intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban beneficiaza lunar pentru o perioada de maximum 6 luni de un venit format din:

- o suma reprezentand plata "per capita" pentru o lista echilibrata de 800 de asigurati, calculata prin inmultirea numarului de puncte per capita cu valoarea garantata pentru un punct per capita; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati este de 6.500 puncte/an si se ajusteaza in raport de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea;
- o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, calculata prin inmultirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

(2) Medicul de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural beneficiaza lunar, in baza conventiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioada de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) si b), majorat cu 50%.

(3) Prin exceptie de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala, la momentul contractarii, beneficiaza lunar, in baza conventiei de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) si b), majorat cu 100%, cu respectarea conditiilor art. 14 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023.

(4) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie nou-venit in componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat conventia:

a) Medic de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul urban

Numele . . . . ., prenumele . . . . .

Codul numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) . . . . . lei

Sporul acordat in raport cu conditiile in care isi desfasoara activitatea . . . . . %

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi

desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) . . . . . lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plateste la data de . . . . ., pe baza facturii si a documentelor necesare decontarii transmise in format electronic lunar de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . .

b) . . . . .

c) Medic de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural

Numele . . . . ., prenumele . . . . .

Codul numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) . . . . . lei

Sporul acordat in raport cu conditiile in care isi desfasoara activitatea . . . . . %

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi

desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) . . . . . lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) si b), se majoareaza cu 50%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plateste la data de . . . . ., pe baza facturii si a documentelor necesare decontarii transmise in format electronic lunar de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . .

d) . . . . .

e) Medic de familie nou-venit intr-o unitate administrativ-teritoriala din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta unitate administrativ-teritoriala .

Numele . . . . ., prenumele . . . . .

Codul numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) . . . . . lei

Sporul acordat in raport cu conditiile in care isi desfasoara activitatea . . . . . %

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi

desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) . . . . . lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) si b), se majoareaza cu 100%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plateste la data de . . . . ., pe baza facturii si a documentelor necesare decontarii transmise in format electronic lunar de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . .

f) . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

VIII. Calitatea serviciilor

**Art. 8.** - Serviciile medicale furnizate in baza prezentei conventii trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

IX. Raspunderea contractuala

**Art. 9.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

X. Clauza speciala

**Art. 10.** - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii conventiei si care impiedica executarea acesteia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

XI. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a conventiei

**Art. 11.** - (1) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in conventie se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% suma stabilita potrivit art.17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program;

(2) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 5 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) si z), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului,

precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 5 lit s), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii;

(3) In cazul in care in derularea conventiei se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform conventiei in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 5 lit. i), si o) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 5 lit. v), constatata pe parcursul derularii conventiei, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic.

Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei de la art. 5 lit. v) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescriptiile medicale electronice off-line.

In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala/conventie cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiata conventie cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute in conventie.

(6) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (5) se aplica gradual in termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(7) In cazul in care in perioada derularii conventiei se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) se face prin plata directa sau executare silita efectuata pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(10) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (5) si (7) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeaasi destinatie.

(11) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (5) si (7), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

**Art. 12.** - (1) Conventia se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a conventiei;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica

corespunzator numai medicului aflat in conventie cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract/conventie a personalului aflat in aceasta situatie, acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/conventiei pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale.

**Art. 13.** - Conventia de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii conventiei de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform conventiilor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform conventiei in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in conventia cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, conventia se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;

i) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 11 alin. (1) - (4) pentru oricare situatie.

**Art. 14.** - (1) Conventia de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea conventiei, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a conventiei in conditiile art. 12 alin. (1) lit. a) - cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

(2) In cazul in care conventia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin conventia incheiata, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii conventiei.

(3) In cazul in care conventia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din conventie a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in nicio alta conventie de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii conventiei.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noua conventie se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia conventii cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in conventiile de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea conventiei.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in conventie, prevederile alin.

(2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 15.** - Situatiile prevazute la art. 13 si la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a1) si lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

XII. Corespondenta

**Art. 16.** - Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronica sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in conventie. Fiecare parte contractanta este obligata ca in situatia in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea conventiei

**Art. 17.** - In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

**Art. 18.** - Daca o clauza a acestei conventii ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale conventiei nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului conventiei.

XIV. Solutionarea litigiilor

**Art. 19.** - (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentei conventii vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XV. Alte clauze . . . . .

Prezenta conventie de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiata astazi, . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei economice . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Reprezentant legal, . . . . .
---	---

**ACT ADITIONAL  
pentru serviciile medicale paraclinice:  
ecografii generale (abdomen si pelvis)**

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

**ANEXA Nr. 6A**

- model -

**ACT ADITIONAL  
la contractul/conventia de furnizare de servicii  
medicale in asistenta medicala primara, avand ca  
obiect furnizarea de servicii medicale in asistenta  
medicala primara pentru persoanele neasigurate**

I. Partile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., tel/fax . . . . . adresa de e-mail . . . . ., reprezentata prin Director general . . . . ., si

Cabinetul medical de asistenta medicala primara . . . . ., organizat astfel:

- cabinet individual . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . ., reprezentat prin medicul titular . . . . .
  - cabinet asociat sau grupat . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . ., reprezentat prin medicul delegat . . . . .
  - societate civila medicala . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . ., reprezentata prin administratorul . . . . .
  - unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, . . . . ., reprezentata prin . . . . .
  - cabinet care functioneaza in structura sau in coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . . reprezentat prin . . . . .
- avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon fix/mobil . . . . ., adresa e-mail . . . . ., si sediul punctului secundar de lucru in localitatea . . . . . nr. . . . . str. . . . . nr. . . . ., telefon fix/mobil . . . . ., adresa e-mail . . . . .

II. Obiectul actului aditional

**Art. 1.** - Obiectul prezentului act aditional il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, persoanelor neasigurate, conform Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale furnizate

**Art. 2.** - Serviciile medicale furnizate persoanelor neasigurate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul minimal de servicii prevazute in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii si al

presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele neasigurate care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale, precum si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile in care in respectivele documente internationale este prevazuta acordarea pachetului minimal de servicii medicale, de catre urmatorii medici de familie:

1. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile in care in respectivele documente internationale este prevazuta acordarea pachetului minimal de servicii medicale, inscrite pe lista proprie;

2. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrite pe lista proprie, un numar de . . . . . persoane din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile in care in respectivele documente internationale este prevazuta acordarea pachetului minimal de servicii medicale, inscrite pe lista proprie;

3. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile in care in respectivele documente internationale este prevazuta acordarea pachetului minimal de servicii medicale, inscrite pe lista proprie;

IV. Durata actului aditional

**Art. 4.** - Prezentul act aditional este valabil de la data incheierii, pe toata durata de valabilitate a contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara.

**Art. 5.** - Durata prezentului act aditional se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

**Art. 6.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie acte aditionale numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in actul aditional, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate si validate;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521 /2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, termen care poate fi mai mic decat cel prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, in functie de data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, si data de intrare in vigoare a Contractului-cadru si a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum si a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care persoanele neasigurate nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate in termen de 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa faca publica valoarea garantata a punctului pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora; numarul total de puncte pe serviciu realizate la nivel national, aferente serviciilor acordate persoanelor neasigurate se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; sa publice pe pagina de web a acestora numarul total de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu lista proprie de persoane neasigurate inscrite, precum si sumele decontate fiecarui furnizor cu care se afla in relatii contractuale;

k) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetul minimal de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

m) sa actualizeze in format electronic - SIUI, la inceputul contractului, anual, lista persoanelor neasigurate inscrise pe lista, si lunar, in vederea actualizarii listelor proprii;  
n) sa publice pe site-ul propriu lista unitatilor administrativ-teritoriale din mediul rural, fara niciun medic de familie si fara existenta unui punct de lucru al unui medic de familie care isi desfasoara activitatea in alta localitate si sa o actualizeze permanent.

#### B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

**Art. 7.** - a) sa respecte dreptul la libera alegere de catre persoanele neasigurate a medicului si a furnizorului; sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii, fara nicio discriminare;  
b) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, program asumat prin relatia contractuala incheiata cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional;  
c) sa informeze persoanele neasigurate cu privire la:  
1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala si datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil)  
2. pachetul minimal de servicii cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata a punctului pe serviciu; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;  
d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform actelor aditionale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze distinct in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS);  
e) sa elibereze scrisoare medicala pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se considera necesara internarea;  
f) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii actului aditional, cu cel putin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii relatiei contractuale; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in actul aditional;  
g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara ce face obiectul relatiei contractuale incheiata cu casa de asigurari de sanatate;  
h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara pacientilor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile in care in respectivele documente internationale este prevazuta acordarea pachetului minimal de servicii medicale;  
i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;  
j) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;  
k) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul minimal de servicii ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, si pentru documentele eliberate ca urmare a acordarii acestor servicii;  
l) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise neasigurate ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lunar lista proprie in functie de informatiile preluate din SIUI;  
m) sa inscrie copiii asigurati in alta tara, care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia; sa inscrie pe lista proprie gravidele si lauzele neasigurate neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora, daca nu exista o alta optiune; sa nu refuze inscrierea pe lista a persoanelor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul minimal in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale;  
n) sa respecte dreptul persoanei neasigurate, de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia, precum si in conditiile reglementate la art. 12 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispozitia medicului la care persoanele neasigurate opteaza sa se inscrie a documentelor medicale;  
o) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;  
p) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul minimal furnizate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale efectuate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.  
q) sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane - daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;  
r) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Furnizorii vor prezenta la contractarea lista bolnavilor neasigurati cu afectiuni cronice si vor raporta la casa de asigurari de sanatate, o data cu raportarea activitatii, modificarile ulterioare privind miscarea lunara a acestora.

#### VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

**Art. 8.** - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca la termenele prevazute in actul additional, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la actele aditionale incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- d) sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;
- e) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente relatiei contractuale incheiate cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioada de vacanta de pana la 30 de zile lucratoare pe an; pentru aceasta perioada modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele neasigurate inscrise pe lista, precum si modalitatea de plata pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

#### VII. Modalitati de plata

**Art. 9.** - Modalitatea de plata in asistenta medicala primara pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate este plata prin tarif pe serviciu medical.

1. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat in puncte, pentru serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023:

1.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunate la pct. 1 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

1.2. Valoarea garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unica pe tara si este de 8 lei, valabila pentru anul 2023.

1.3. Valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic este unica pe tara si este de 8 lei, valabila pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic si terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023. Pentru serviciile diagnostice si terapeutice nu se aplica ajustarea numarului de puncte in functie de gradul profesional al medicului.

2. Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat actul additional:

a) Medic de familie

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Medic de familie angajat\*) . . . . .

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

\*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sora medicala/moasa

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

2. . . . .

b) Medic de familie

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

Medic de familie angajat\*)

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

Gradul profesional . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . .

Programul de lucru . . . . .

\*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/sora medicala/moasa

Numele . . . . . , prenumele . . . . .

Cod numeric personal . . . . .

2. . . . .

c) . . . . .

**Art. 10.** - (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze, in termen de maximum 18 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit relatiilor contractuale incheiate intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, la valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic, pe baza documentelor necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, transmise lunar de catre furnizor la casa de asigurari de sanatate, la data de . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantilor legali ai furnizorilor.



(2) Pana cel tarziu la data de 18 a celei de a doua luni dupa incheierea trimestrului se face decontarea drepturilor banesti ale medicilor de familie ca urmare a regularizarilor erorilor de calcul constatate.

#### VIII. Calitatea serviciilor

**Art. 11.** - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului act aditional trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

#### IX. Raspunderea contractuala

**Art. 12.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

#### X. Clauza speciala

**Art. 13.** - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii act aditional si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen. In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului act aditional se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea actului aditional.

#### XI. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a actului aditional

**Art. 14.** - (1) In cazul in care in derularea actului aditional se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in actul aditional si/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program.
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate in perioada de absenta a medicului de la program.

(2) In cazul in care in derularea actului aditional se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a), c), e), g) - j), l)-o), q) si r), se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii, corespunzatoare serviciilor ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii, corespunzatoare serviciilor ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;

(3) In cazul in care in derularea relatiei contractuale se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform conventiei in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, corespunzatoare serviciilor ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului/conventiei se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. f) si k) se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, corespunzatoare serviciilor ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate, corespunzatoare serviciilor ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate.

(5) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (4) se aplica gradual in termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(6) In cazul in care in perioada derularii actului aditional se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (4) si (6) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii, in temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (4) si (6) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (4) si (6) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(10) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (4) si (6) casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

**Art. 15.** - (1) Actul aditional se suspenda odata cu suspendarea contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului/conventiei;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract/conventie cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract/conventie a personalului aflat in aceasta situatie, acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/conventiei pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale.

**Art. 16.** - Actul aditional se reziliaza de plin drept odata cu rezilierea contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform actelor aditionale incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele ce se suporta de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sanatatii sub forma de transferuri catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform actului aditional in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;

i) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situatie.

**Art. 17.** - (1) Actul aditional inceteaza odata cu incetarea contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterală a contractului/convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului/convenției în condițiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denuntarea 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 contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor 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 situațiile în care se justifică această decizie. (2) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării relației contractuale.

(3) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contractul/convenția încheiat/incheiata a uneia sau mai multor persoane înregistrate/inregistrate în contractul/convenția încheiat/incheiata cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun caz alta relație contractuală de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului/convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract/convenție se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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/convențiile de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului/convenției.

(5) În cazul în care furnizorii intra în relații contractuale cu aceeași casa de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract/convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 18.** - Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea relației contractuale.

#### XII. Corespondența

**Art. 19.** - Corespondența legată de derularea prezentului act adițional se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronică sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în act adițional.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act adițional să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

#### XIII. Modificarea actului adițional

**Art. 20.** - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica și 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 și terapeutic sunt calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

**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. Partile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o alta clauză care să corespundă cât mai bine cu putința spiritului actului adițional.

**Art. 23.** - Prezentul act adițional se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin . . . . . zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă la contract.

#### XIV. Soluționarea litigiilor

**Art. 24.** - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

#### 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 ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei economice, . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Reprezentant legal, . . . . .
---	---

Denumirea furnizorului . . . . .  
 Sediul social/Adresa fiscala . . . . .  
 punct de lucru . . . . .

**Lista bolnavilor cu afectiuni cronice aflati in evidenta medicului de familie . . . . .**

<b>I. Lista bolnavilor asigurati cu afectiuni cronice, la data de . . .</b>				
Nr. crt.	Nume si prenume	CNP/numar unic de identificare	Categorie de afectiuni	Cod afectiune, conform clasificarii internationale a maladiilor, CIM revizia a 10- a, varianta 999 coduri de boala*1)
A.			Afectiuni cardiovasculare	
1.				...
2.				...
3.				...
...				...
B.			Afectiuni cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
. .				...
. .				...
. .				...
. .				...
C.			Afectiuni oncologice	
1.				...
2.				...
. .				...
. .				...
. .				...
. .				...
D.			Diabet zaharat	
1.				...
2.				...
. .				...
. .				...
. .				...
. .				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
...				...
F.			BPOC	
1.				...
2.				...
. .				...
. .				...
. .				...
. .				...
G.			Astm bronsic	
1.				...
2.				...
. .				...
. .				...
. .				...
. .				...
H			Boala cronica de rinichi	
1.				...

2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
I.			Osteoporoza	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
J.			Tulburari mentale si de comportament (cu exceptia celor asociate TSA sau dezvoltarii sexuale)	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
K.			Tulburari ale dispozitiei	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
L.			Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
M.			Demente	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
N.			Tulburari metabolice (cu exceptia diabetului si dislipidemie)	
1.				...
2.				...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
.	.	.	.	...
O.			Tulburari din spectrul autist	
1.				...
2.				...

. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				
P.			Obezitate	
1.				...
2.				
. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				
Q.			Afectiuni hepatice cronice	
1.				...
2.				...
. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				

**II. Lista bolnavilor neasigurati cu afectiuni cronice, la data de .**

.....

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP/numar unic de identificare	Categorie de afectiuni	Cod afectiune, conform clasificarii internationale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boala*1)
A.			Afectiuni cardiovasculare	
1.				...
2.				...
3.				...
...				.....
B.			Afectiuni cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				
C.			Afectiuni oncologice	
1.				...
2.				...
. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				
D.			Diabet zaharat	
1.				...
2.				...
...				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
. . .				...
. . .				
. . .				
. . .				
F.			BPOC	
1.				...
2.				.....
...				...
G.			Astm bronsic	

1.				.....
2.				.....
. .				.....
. .				
. .				
. .				
H			Boala cronica de rinichi	
1.				.....
2.				.....
...				.....
I.			Osteoporoza	
1.				.....
2.				.....
...				.....
J.			Tulburari mentale si de comportament (cu exceptia celor asociate TSA sau dezvoltarii sexuale)	
1.				.....
2.				.....
. .				.....
. .				
. .				
. .				
K.			Tulburari ale dispozitiei	
1.				.....
2.				.....
...				.....
L.			Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale	
1.				.....
2.				.....
...				.....
M.			Demente	
1.				...
2.				...
...				...
N.			Tulburari metabolice (cu exceptia diabetului si dislipidemiei)	
1.				...
2.				...
...				...
O.			Tulburari din spectrul autist	
1.				...
2.				...
...				...
P.			Obezitate	
1.				...
2.				
...				...
Q.			Afectiuni hepatice cronice	
1.				...
2.				.....

... | ...

\*1) Se va identifica asiguratul/neasiguratul cu fiecare afectiune cronica cu care este in evidenta medicului de familie identificata prin codul CIM, un asigurat/neasigurat putandu-se regasi nominalizat cu mai multe afectiuni.

Raspundem de legalitatea, realitatea si exactitatea datelor sus mentionate  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....  
semnatura electronica extinsa/calificata

ANEXA Nr. 7

**CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI  
DE BAZA DE SERVICII MEDICALE ACORDATE IN  
AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU  
SPECIALITATILE CLINICE**

**A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE**

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala

1.2. Supraveghere si depistare de boli cu potential endemoepidemic

1.3. Consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lauziei

1.1. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate.

Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV

"Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de specialitate

acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-au asigurat interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic - include, dupa caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzand urgentele medico-chirurgicale, precum si bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguratii beneficiaza de indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca, fara indeplinirea conditiei de stagiul de asigurare.

1.2.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lauziei - o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrica-ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale, suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de specialitate.

**B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE**

1. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice, cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala,

1.2. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni acute si subacute, precum si acutizari ale bolilor cronice

1.3. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni cronice

1.4. Depistarea de boli cu potential endemo-epidemic

1.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala

1.6. Consultatii de ingrijiri paliative

1.7. Servicii diagnostice si terapeutice

1.8. Servicii de sanatate conexe actului medical

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii si lauziei

1.10. Servicii medicale in scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi si se acorda in ambulatoriu de specialitate clinic.

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de specialitate

acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

acorda interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.



1.1.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-au acordat interventii de prima necesitate in urgentele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, cu exceptia copiilor 0 - 18 ani pentru care se deconteaza maximum 2 consultatii.

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii. Pentru copiii cu varsta cuprinsa intre 0 - 16 ani, care se prezinta in regim de urgenta la medicii din specialitatile clinice, acestia pot elibera prescriptii medicale pentru o perioada de 3 zile.

Cazurile de urgenta medico-chirurgicale care se trimit catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de specialitate in documentele de evidenta de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni acute si subacute precum si acutizari ale bolilor cronice, cuprinde:

- a) anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;
- b) unele manevre specifice, teste si scoruri clinice pe care medicul le considera necesare;
- c) stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- d) recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;
- e) recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;
- f) bilet de internare, dupa caz;
- g) bilet de trimitere catre alte specialitati si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, dupa caz;
- h) bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, dupa caz;
- i) eliberare de certificat de concediu medical, dupa caz.

1.2.1. Pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta/acutizari ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se deconteaza maximum 3 consultatii pe asigurat, intr-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordarii primei consultatii, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de catre medicul de specialitate din specialitatile clinice.

1.2.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala - contract sau conventie - cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite in anexa nr. 13 din prezentul ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie in vederea stabilirii diagnosticului si/sau tratamentului, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se deconteaza maximum doua consultatii pentru:

- a. urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica
- d. recomandari pentru investigatii paraclinice considerate necesare, dupa caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situatiile prevazute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.2.5. Consultatiile pentru bolile cu potential endemo-epidemic ce necesita izolare pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile consultatiilor la cabinet pentru afectiunile acute, fiind exceptate de la obligatia prezentarii biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic si medicii cu competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative vor consemna consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si in fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate, si vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronica.

1.3. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni cronice, cuprind:

- a. anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

- b. unele manevre specifice, teste si scoruri clinice pe care medicul le considera necesare;
- c. stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- d. recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;
- e. recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;
- f. evaluare clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei bolnavilor cu afectiuni cronice, in limita competentelor, trimestrial sau, dupa caz, lunar, conform prevederilor legale in vigoare.
- g. bilet de trimitere catre alte specialitati, inclusiv pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu/bilet de internare, dupa caz.
- h. eliberare de certificat de concediu medical, dupa caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate in cadrul aceleiasi specialitati, se deconteaza pe un bilet de trimitere maximum 4 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna.

1.3.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala - contract sau conventie - cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite in anexa nr. 13 la prezentul ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia si a patra consultatie in cadrul unui trimestru, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se deconteaza maximum doua consultatii pentru:

- urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii
- efectuarea unor manevre terapeutice
- examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica
- recomandari pentru investigatii paraclinice considerate necesare, dupa caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situatiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asiguratii care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultatie management de caz, - in cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boala cronica de rinichi sau diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronsic si BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acorda consultatie si efectueaza in cabinet proceduri prevazute in pachetul de servicii medicale de baza pentru specialitatile clinice/recomanda, dupa caz, investigatii paraclinice suplimentare fata de cele recomandate de medicul de familie. In biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, se evidentiaza "management de caz". Se deconteaza maximum 2 consultatii/semestru daca in biletul de trimitere este evidentiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.3.6. Consultatiile pentru afectiunile cronice pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare. Consultatiile la distanta se acorda si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile consultatiilor la cabinet pentru afectiunile cronice, fiind exceptate de la obligatia prezentarii biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate. Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic si medicii cu competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative vor consemna consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si in fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate, si vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronica.

1.4. Depistarea de boli cu potential endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 423/2020.

1.4.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana asigurata pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspiciunata si confirmata.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

- consilierea femeii privind planificarea familiala;
- indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc;
- evaluarea si monitorizarea statusului genito-mamar;
- tratamentul complicatiilor.

1.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la pct. 1.5 litera a) sau serviciile prevazute la pct. 1.5 literele a) - d) si se deconteaza patru consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familiala permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Consultatii medicale de ingrijire paliativa  
Consultatia de ingrijiri paliative cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, evaluare si examenul clinic specific supraspecializarii/competentei/atestatului de studii complementare in ingrijiri paliative, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;
- manevre specifice, teste si scoruri clinice pe care medicul le considera necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- recomandare pentru ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;
- recomandare pentru dispozitive pentru dispozitive medicale, conform prevederilor legale;
- bilet de internare, dupa caz;
- bilet de trimitere catre alte specialitati in ambulatoriu, dupa caz;
- eliberare de certificat de concediu medical, dupa caz;
- bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, conform prevederilor legale in vigoare, dupa caz.

1.6.1. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, elaborarea planului de ingrijire paliativa, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu nevoie de ingrijire paliativa, se deconteaza pe un bilet de trimitere maximum 6 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 3 consultatii pe luna.

1.6.2. Consultatia medicFala de ingrijiri paliative se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala - contract sau conventie - cu casa de asigurari de sanatate.

1.7. Servicii diagnostice si terapeutice  
Procedurile diagnostice si terapeutice, punctajul aferent si specialitatile care pot efectua serviciul in ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate in tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedura diagnostica/terapeutica/tratamente/terapii	Specialitati clinice care pot efectua serviciul respectiv
	<b>A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte</b>	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie, neurologie si neurologie pediatrica numai

		pentru oftalmoscopie
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea campului vizual (perimetrie computerizata)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babes-Papanicolau	obstetrica-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, pneumologie, nefrologie, medicina fizica si de reabilitare, genetica medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, reumatologie, endocrinologie, pediatrie
6	peak-flowmetrie	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna, medicina fizica si de reabilitare, pediatrie
7	spirometrie	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, pediatrie, medicina fizica si de reabilitare, pneumologie pediatria
8	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv control pozitiv si negativ)	alergologie si imunologie clinica, dermatovenerologie
9	teste de provocare nazala, oculara, bronsica	alergologie si imunologie clinica, pneumologie
10	teste cutanate cu agenti fizici (maximum 4 teste)	alergologie si imunologie clinica, dermatovenerologie
11	test la ser autolog	alergologie si imunologie clinica
12	testare cutanata la anestezice locale	alergologie si imunologie clinica, geriatrie si gerontologie, specialitati chirurgicale
13	testare cutanata alergologica patch (alergia de contact)	alergologie si imunologie clinica
14	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
15	determinarea indicelui de presiune glezna/brat, respectiv deget/brat	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatria, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, medicina interna, geriatrie si gerontologie, medicina fizica si de reabilitare, cardiologie, cardiologie pediatria, medici cu atestat de ingrijiri paliative
16	masurarea fortei musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatria, geriatrie si

		gerontologie, medicina fizica si de reabilitare, reumatologie
17	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilitatii calorice si testul sensibilitatii discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatria, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, medicina interna, geriatrie si gerontologie, ORL, medicina fizica si de reabilitare, medici cu atestat de ingrijiri paliative
18	recoltare material biptic	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria, genetica medicala, obstetrica ginecologie si urologie
19	Descarcare si interpretare rapoarte specifice dispozitivelor utilizate in gestionarea diabetului zaharat (dispozitive de monitorizare glicemica continua, sisteme de infuzie subcutanata a insulinei - pompe de insulina, aplicatii de monitorizare a valorilor glicemice)	diabet zaharat, nutritie si boli nutritie
20	Uroflowmetrie	urologie
	<b>B. Proceduri diagnostice de complexitate medie:</b> punctaj 20 puncte	
1	determinarea refractiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea functiei binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	Audiograma, ce include audiometrie tonala liminara si/sau vocala.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	electrocardiografie continua (24 de ore, holter)	cardiologie, medicina interna, cardiologie pediatria
8	tensiune arteriala continua - holter TA	cardiologie, medicina interna, cardiologie pediatria, nefrologie
9	EKG de efort la persoanele fara risc cardiovascular inalt	cardiologie, cardiologie pediatria
10	EEG standard	neurologie, neurologie pediatria
11	spiograma + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie
12	osteodensitometrie segmentara cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie si gerontologie, ortopedie si traumatologie, medicina fizica si de reabilitare

13	evaluarea cantitativa a raspunsului galvanic al pielii	neurologie si diabet zaharat, nutritie si boli metabolice
14	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic si duplex)	neurologie, neurologie pediatrica
15	capilaroscopie	reumatologie
16	tomografie in coerenta optica	oftalmologie
17	determinarea fractiunii oxidului de azot din aerul expirat	pneumologie, pediatrie, alergologie si imunologie clinica
	<b>C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte</b>	
1	electromiograma / electroneurograma	neurologie, neurologie pediatrica, medicina fizica si de reabilitare, reumatologie
2	determinarea potentialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrica, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare si/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrica
4	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale si tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrica
5	colposcopia	obstetrica-ginecologie
6	monitorizare hemodinamica prin metoda bioimpedantei toracice	cardiologie, medicina interna, nefrologie
7	dermatoscopie*)	dermatovenerologie
8	body pletismografia cu masurarea difuziunii prin membrana alveolo-capilara a monoxidului de carbon	pneumologie
	<b>D. Proceduri diagnostice de complexitate superioara: punctaj 100 puncte</b>	
1	endoscopie digestiva superioara (esofag, stomac, duoden) cu sau fara biopsie, dupa caz	gastroenterologie, gastroenterologie pediatrica, alte specialitati clinice pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/ atestatului de studii complementare
2	endoscopie digestiva inferioara (rect, sigmoid, colon) cu sau fara biopsie, dupa caz	gastroenterologie, alte specialitati clinice pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/ atestatului de studii complementare
3	punctie biopsie mamara ghidata ecografic	chirurgie generala, obstetrica-ginecologie, oncologie medicala cu atestat/competenta in senologie imagistica, radioterapie cu atestat/competenta in senologie imagistica
	<b>E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte</b>	

1	extractie de corpi straini - conjunctiva, corneea, sclera, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale si a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratatamentul chirurgical al pingueculii	oftalmologie
4	tratatamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plagi de pleoapa, conjunctiva;	oftalmologie
6	injectare subconjunctivala, retrobulbara, de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicatia) conjunctivala	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior si/sau anterior ORL	ORL
10	extractie corpi straini: conduct auditiv extern (inclusiv a dopului de cerumen), nas, faringe;	ORL
11	aspiratia si lavajul sinusului nazal prin punctie	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicala a afectiunilor mamare superficiale	obstetrica - ginecologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
15	insertia dispozitivului intrauterin	obstetrica-ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia in leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratatamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plagi (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatrica, ortopedie pediatrica, ortopedie si traumatologie, obstetrica-ginecologie, urologie
19	terapia chirurgicala a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatrica si ortopedie pediatrica
20	terapia chirurgicala a degeraturilor de grad I si II	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatrica si ortopedie pediatrica, ortopedie si traumatologie
21	terapia chirurgicala a leziunilor externe prin agenti chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie

		pediatria si ortopedie pediatria
22	terapia chirurgicala a panaritiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria,
23	terapia chirurgicala a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria
24	terapia chirurgicala a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria
25	terapia chirurgicala a abcesului (de parti moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generala chirurgie pediatria si ortopedie pediatria,
26	terapia chirurgicala a panaritiului osos, articular, tenosinival	chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatria, chirurgie pediatria
27	terapia chirurgicala a hidrosadenitei	chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva chirurgie pediatria si ortopedie pediatria
28	terapia chirurgicala a edemului dur si seromului posttraumatic	chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatria, chirurgie pediatria
29	terapia chirurgicala a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptura pachet varicos	chirurgie generala, chirurgie vasculara, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria
30	terapia chirurgicala a granulomului ombilical	chirurgie generala, chirurgie plastica,

		estetica si microchirurgie reconstructiva chirurgie pediatria
31	terapia chirurgicala a supuratiilor postoperatorii	chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, ortopedie si traumatologie, obstetrica - ginecologie, chirurgie toracica, chirurgie cardiovasculara, neurochirurgie, urologie, chirurgie pediatria si ortopedie pediatria
32	tratatamentul plagilor	specialitati chirurgicale
33	terapia chirurgicala a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatria, chirurgie generala
34	tratament postoperator al plagilor abdominale, al interventiilor chirurgicale dupa cezariana, sarcina extrauterina operata, histerectomie, endometrioza	obstetrica - ginecologie, chirurgie generala
35	extractie dispozitiv intrauterin	obstetrica - ginecologie
	<b>F. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte</b>	
1	tratamentul chirurgical al unor afectiuni ale anexelor globului ocular (salazion, tumori benigne care nu necesita plastii intinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colectie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul cai aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopica de corpi straini din caile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mica chirurgie pentru abces si/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetatii vulva, vagin, col	obstetrica- ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrica- ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrica- ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, obstetrica- ginecologie si urologie
9	terapia chirurgicala complexa a panaritiului osos, articular, tenosinval	chirurgie generala
10	terapia chirurgicala a flegmoanelor	specialitati chirurgicale
11	terapia chirurgicala a hematomului	specialitati chirurgicale
12	dilatatie stricturii uretrale	urologie, chirurgie generala
13	criocoagularea (crioaplicatie) transsclerala	oftalmologie
14	tratament tumori exulcerate, suprainfectate	medici cu atestat de ingrijiri



		paliative, chirurgie generala
15	ingrijire complicatii stome, fistule tumorale	medici cu atestat de ingrijiri paliative, chirurgie generala
16	tratamentul limfedemului	medici cu atestat de ingrijiri paliative
17	extragerea endoscopica a stentului ureteral prin uretrocistoscopie flexibila	urologie
18	montarea/schimbarea cateterului uretrovezical/cistostomiei/nefrostomiei	urologie
19	instilarea de solutii medicamentoase in vezica urinara prin cateterizare temporara	urologie, oncologie
20	Imunoterapia specifica cu vaccinuri alergenice standardizate cu administrare subcutanata	alergologie si imunologie clinica
	<b>G. Proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple: punctaj 7 puncte</b>	
1	aerosoli/sedinta (maxim 3 sedinte)	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, pediatrie, ORL, medicina fizica si de reabilitare, medici cu atestat de ingrijiri paliative
2	toaleta auriculara unilateral (doua proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea partilor moi (intramuscular, intradermic si subcutanat)	toate specialitatile clinice, inclusiv medici cu atestat de ingrijiri paliative
4	educatie terapeutica si nutritionala a pacientului cu diabet zaharat	diabet zaharat, nutritie si boli de nutritie
	<b>H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte</b>	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locala sau generala/sedinta (maxim 4 sedinte/saptamana)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru ingust)/sedinta (maxim 4 sedinte/saptamana)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutica paravertebrala si periarticulara	neurologie, neurologie pediatrica, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie si gerontologie, medicina fizica si de reabilitare, medici cu atestat de ingrijiri paliative
4	probe de repositionare vestibulara	ORL, neurologie, neurologie pediatrica
5	imunoterapie specifica cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie si imunologie clinica
6	administrare tratament prin punctie intravenoasa	toate specialitatile clinice, inclusiv medici cu atestat de ingrijiri paliative
7	infiltratii nervoase regionale	anestezie si terapie intensiva, oftalmologie, ORL, chirurgie generala, ortopedie si traumatologie, ortopedie

		pediatrica, obstetrica- ginecologie, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculara, medicina fizica si de reabilitare, chirurgie orala si maxilo-faciala
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlata de pacient	anestezie si terapie intensiva, medici cu atestat de ingrijiri paliative
	<b>I. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte</b>	
1	punctii si infiltratii intraarticulare	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reumatologie, geriatrie si gerontologie, medicina fizica si de reabilitare, reumatologie
2	instilatia uterotubara terapeutica	obstetrica- ginecologie
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinica)	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrica, medicina fizica si de reabilitare
4	evaluare functionala instrumentala cu dispozitive mecatronice si/sau senzori inertiali, actuatori, etc	medicina fizica si de reabilitare
5	tratament intraarticular cu plasma imbogatita cu trombocite (PRP)	medicina fizica si de reabilitare
	<b>J. Tratamente ortopedice medicale: punctaj 20 puncte</b>	
1	tratamentul ortopedic al luxatiei, entorsei sau fracturii antebratului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxatiei patelei, umarului; disjunctie acromioclaviculara; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acuta de genunchi; ruptura musculara	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxatiei, entorsei de genunchi, fracturii de gamba cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
4	tratament in displazia luxanta a soldului in primele 6 luni de viata	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica
5	tratamentul piciorului stramb congenital in primele 3 luni de viata	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica

6	tratatamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica
7	tratatamentul fracturii amielice fara deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
	<b>K. Terapii psihiatrice **): punctaj 30 puncte</b>	
1	consiliere psihiatrica nespecifica individuala si familiala	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii) ***)	
3	psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii, tulburari din spectrul autist) ***)	
4	terapia cognitiv-comportamentala ***)	
	<b>L. Terapii de genetica medicala ****): punctaj 30 puncte</b>	
1	Sfat genetic	

- \*) Se deconteaza pentru un pacient o data la 6 luni in cazul in care nu sunt identificate leziuni; se deconteaza pentru un pacient o data pe luna, in cazul in care au fost identificate leziuni suspecte.
- \*\*) Terapiile psihiatrice pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare. Terapiile psihiatrice acordate la distanta se acorda si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile serviciilor diagnostice si terapeutice acordate la cabinet.
- Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic vor consemna terapiile psihiatrice acordate la distanta in fisa pacientului, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate.
- \*\*\*) Pot fi acordate numai de catre medicii de specialitate cu specialitatea clinica psihiatrie/psihiatrie pediatrica certificati conform prevederilor legale in vigoare.
- \*\*\*\*) Sfatul genetic poate fi acordat si la distanta, prin orice mijloace de comunicare. Sfatul genetic furnizat la distanta se acorda si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile serviciilor diagnostice si terapeutice acordate la cabinet.
- 1.8. Serviciile de sanatate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica, psihoterapie si psihopedagogie speciala - logopezi si fizioterapeuti si pot face obiectul contractelor incheiate de casele de asigurari de sanatate cu medicii care acorda servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu, precum si cu medicii de specialitate, cu urmatoarele specialitati clinice:
- a) neurologie si neurologie pediatrica;
  - b) otorinolaringologie;
  - c) psihiatrie si psihiatrie pediatrica;
  - d) reumatologie;
  - e) ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica;
  - f) oncologie medicala;
  - g) diabet zaharat, nutritie si boli metabolice;
  - h) hematologie;
  - i) nefrologie si nefrologie pediatrica;
  - j) oncologie si hematologie pediatrica;
  - k) cardiologie;
  - l) pneumologie;
  - m) medicina fizica si de reabilitare.
  - n) genetica medicala;
  - o) radioterapie;
  - p) cardiologie pediatrica;
  - q) chirurgie cardiovasculara;
  - r) chirurgie orala si maxilo-faciala;
  - s) chirurgie pediatrica; s) endocrinologie;
  - t) gastroenterologie pediatrica; t) pediatrie;
  - u) pneumologie pediatrica.
- 1.8.1. Lista serviciilor de sanatate conexe actului medical:

Servicii de sanatate conexe actului medical:	Tarif pe serviciu de sanatate conexe actului medical - puncte -
a) Neurologie si neurologie pediatrica:	
a1) serviciile furnizate de psiholog in specialitate psihologie clinica,	

consiliere psihologica si psihoterapie:	
a1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic;	30 puncte/sedinta
a1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adulti;	30 puncte/sedinta
a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;	30 puncte/sedinta
a2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped: consiliere/interventie de psihopedagogie speciala -logoped;	30 puncte/sedinta
a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeuti	
a3.1) kinetoterapie individuala;	20 puncte/sedinta
a3.2) kinetoterapie de grup;	10 puncte/sedinta
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice /dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate.	10 puncte/sedinta
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:	
b1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
b1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
b2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped:	
b2.1) consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped	30 puncte/sedinta
b2.2) exercitii pentru tulburari de vorbire (sedinta)	30 puncte/sedinta
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrica:	
c1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:	
c1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
c1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adulti	30 puncte/sedinta
c1.3) consiliere psihologica clinica pentru copii diagnosticati cu tulburari din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) - intr-o metoda psihoterapeutica aplicabila copilului diagnosticat cu tulburari din spectrul autist; Nota: pana la intrarea in vigoare a Normelor tehnice de realizare a Programelor curative de sanatate, respectiv a Subprogramului national de interventii specializate acordate persoanelor diagnosticate cu TSA	30 puncte/sedinta
c1.4) psihoterapia copilului si familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica)	30 puncte/sedinta
c1.5) psihoterapie pentru copii/adult; Nota: pentru copii, se deconteaza numai pentru alte afectiuni decat TSA.	30 puncte/sedinta
c2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped:	30 puncte/sedinta

consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped	
c3) Servicii furnizate de fizioterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) pentru copilul diagnosticat cu tulburari din spectrul autist in conditiile prevazute la punctul 1.8.2:	
c3.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
c3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/ dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
d) Reumatologie:	
d1) Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru copii cu afectiuni reumatice:	
d1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
d1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
d2) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
d2.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
d2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
d2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
e) Ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica:	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
e1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
e2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
f) Oncologie medicala:	
f1) Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice:	
f1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
f1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
f2) Servicii furnizate de fizioterapeut: masajul limfedemului	20 puncte/sedinta
g) Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice:	
Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru copii si adulti cu diagnostic confirmat de diabet zaharat:	
g1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
g2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
h) Hematologie:	
Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie	30 puncte/sedinta

pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice:	
h1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
h2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
i) Nefrologie si nefrologie pediatrica:	
Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru copii si adulti cu insuficienta renala cronica - dializa	
i1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
i2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
j) Oncologie si hematologie pediatrica:	
Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii cu afectiuni oncologice	
j1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
j2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
k) Cardiologie:	
k1) Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru pacienti cu afectiuni post infectie Covid - 19 sau agravari post infectie Covid - 19	
k1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
k1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
k2) Servicii pentru pacienti cu afectiuni post infectie Covid - 19 sau agravari post infectie Covid - 19, furnizate de fizioterapeut:	
k2.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
k2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
k2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
l) Pneumologie:	
l1) Servicii pentru pacienti cu afectiuni post infectie Covid - 19 sau agravari post infectie Covid - 19, furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:	
l1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
l1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
l2) Servicii pentru pacienti cu afectiuni post infectie Covid - 19 sau agravari post infectie Covid - 19, furnizate de fizioterapeut:	
l2.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
l2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
l2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
m) Medicina fizica si de reabilitare:	

m 1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:	
m 1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
m 1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
m 2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped	
m 2.1) consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped	30 puncte/sedinta
m 2.2) exercitii pentru tulburari de vorbire (sedinta)	30 puncte/sedinta
m <sup>3</sup> ) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
m 3.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
m 3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
m 3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
m 3.4) masajul limfedemului	20 puncte/sedinta
n) Ingrijiri paliative:	
n1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:	
n 1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
n 1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adulti	30 puncte/sedinta
n 1.3) psihoterapie pentru copii/adulti	30 puncte/sedinta
n2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped; consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped;	30 puncte/sedinta
n3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
n3.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
n3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
n3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
n3.4) masajul limfedemului	20 puncte/sedinta
o) Genetica medicala:	
Serviciile pentru copii cu afectiuni genetice, furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru afectiunile pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
o1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
o2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
p) Radioterapie:	
Serviciile pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice, furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru afectiunile	

pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
p1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
p2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
q) Cardiologie pediatria:	
Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru afectiunile pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
q1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
q2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
r) Chirurgie cardiovasculara:	
Servicii pentru copii cu malformatii congenitale ale sistemului circulator sau cu afectiuni dobandite cu rezolvare chirurgicala cardiovasculara (spre exemplu: endocardite, traumatisme cardiovasculare, etc), furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
r1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
r2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
s) Chirurgie orala si maxilo-faciala:	
Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru afectiuni pentru care se apreciaza consilierea	30 puncte/sedinta
psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica - consiliere psihologica clinica pentru copii	
s1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
s2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
s) chirurgie pediatria:	
s1) Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru copii cu urmatoarele afectiuni pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica: - Abuz (fizic, emotional, sexual), - Traumatisme; Heteroagresiuni si Autoagresiuni corporale (tentative suicid), - Afectiuni cronice: - Oncologice, - Urinare: - Extrofie de cloaca, extrofie de vezica, - Stome urinare, - Malformatii genitale - Hipospadias, - Epispadias, - Tulburari de diferentiere sexuala, - Digestive: - Boli inflamatorii intestinale, - Stome digestive, - Sindrom intestin scurt, - Boli hepato-bilio-pancreatice - Atrezie de cai biliare, - Dilatatii congenitale de cai biliare, - Pancreatite,	



- Transplant renal, - Transplant hepatic, - Afectiuni chirurgicale acute, - Dificultati de alimentatie (ex. Reflux gastroesofagian) - Tulburari de continenta urinara si fecala, - Malformatii cranio-faciale - Drespicatura de buza si/sau palat, - Malformatii congenitale oracice, abdominale, genito-urinare, - Pacientii cu organ pereche unic (testicul unic, ovar unic, rinichi unic etc).	
s1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
s1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
s2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
s2.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
s2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
s2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta
t) Endocrinologie:	
Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru copii cu urmatoarele afectiuni pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica: - Tulburari de dezvoltare sexuala, - Pubertate precoce, - Disfunctii tiroidiene, - Deficiente staturale, - Obezitate, - Tumori ale glandelor endocrine, - Insuficienta hipofizara.	
t1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
t2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
t) Gastroenterologie pediatria:	
Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru copii cu urmatoarele afectiuni pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica: - Boala inflamatorie intestinala, - Boala celiaca, - Sindromul intestinului scurt/Insuficienta intestinala, - Alergii alimentare, - Hepatopatii cronice, - Post transplant hepatic, - Boala de reflux gatsroesofagian cu/fara esofagita, - Gastrita cronica, - Esofagita, gastroenteropatia eozinofilica, - Tulburari gastrointestinale functionale sugar/copil mic, - Tulburari gastrointestinale functionale copil/adolescent, - Malformatii congenitale digestive, - Tulburari de alimentatie, - Purtatorii de stome.	
t1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
t2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
u) Pediatrie:	

Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru copii cu afectiuni pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
u1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
u2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
v) pneumologie pediatrica:	
v1) Servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, pentru copii cu afectiuni pentru care se apreciaza consilierea psihologica ca fiind absolut necesara pentru conduita terapeutica	
v1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic	30 puncte/sedinta
v1.2) consiliere psihologica clinica	30 puncte/sedinta
v2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
v2.1) kinetoterapie individuala	20 puncte/sedinta
v2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/sedinta
v2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/sedinta

1.8.2. Serviciile de kinetoterapie si masajul limfedemului se acorda conform unui Plan de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare al carui model este prevazut in anexa nr. 11 B; in vederea intocmirii "Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare" de catre medicii de medicina fizica si de reabilitare, medicii de specialitate care recomanda servicii conexe acordate de catre fizioterapeut elibereaza bilet de trimitere pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare.

1.8.3. Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie sau in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped, se acorda la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicala, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinica, respectiv medicul cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative si psiholog/logoped. Medicul de specialitate clinica, respectiv medicul cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative are obligatia sa argumenteze in scrisoarea medicala recomandarea serviciilor furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie sau in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped.

Asiguratul care, cu acordul pacientului cu afectiuni oncologice in varsta de peste 18 ani, il insoteste pe acesta la interventii chirurgicale si tratamente prescrise de medicul specialist, in fiecare an in care primeste concedii pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice, are dreptul la minimum o sedinta de evaluare psihologica clinica si minimum cinci sedinte de consiliere psihologica clinica, potrivit prevederilor art. 30<sup>1</sup> din Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de sanatate.

Medicul de specialitate sau medicul cu competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative care elibereaza concedii pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice reprezinta specialistul care solicita servicii furnizate de psiholog prin scrisoare medicala pentru acesti asigurati.

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanta se acorda si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile serviciilor conexe acordate la cabinet.

1.8.4. O sedinta acordata de un psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, respectiv de un psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped, are durata de minimum 50 de minute.

1.8.5. O sedinta de kinetoterapie acordata de un fizioterapeut are durata de minimum 45 de minute.

1.8.6. Masajul limfedemului are o durata de minimum 50 de minute si se efectueaza de catre fizioterapeutii care atesta pregatirea profesionala pentru drenaj limfatic manual.

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii si lauziei - o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere.

1.9.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrica-ginecologie din ambulatoriu.

1.10. Servicii medicale in scop diagnostic - caz si conditiile de acordare. Aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acorda in ambulatoriu de specialitate clinic si se deconteaza numai daca s-au efectuat toate serviciile obligatorii.

Nr. crt.	Denumire serviciu	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/serviciu
----------	-------------------	----------------------	--------------------	----------------

1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu detine documente medicale care sa ateste existenta in antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infectiei CMV)*1)	Consultatii de specialitate obstetrica-ginecologie Hemoleucograma completa Determinare la gravida a grupului sanguin ABO Determinare la gravida a grupului sanguin Rh Uree serica Acid uric seric Creatinina serica Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urina (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravida Evaluarea gravidei pentru infectii cu risc pentru sarcina (pentru rubeola, toxoplasmoza, infectia CMV, hepatita B si C) Secretie vaginala Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau (pana la S23+6 zile) sau Test de toleranta la glucoza per os +/- Hemoglobina glicata (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetala (S29-S33+6 zile) sau Detectia Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate si datare a sarcinii	30 minute	733 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care detine documente medicale ce atesta existenta in antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infectiei CMV)*1)	Consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie Hemoleucograma completa Determinare la gravida a grupului sanguin ABO Determinare la gravida a grupului sanguin Rh Uree serica Acid uric seric Creatinina serica Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urina (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravida Evaluarea gravidei pentru infectii cu risc pentru sarcina (hepatita B si C) Secretie vaginala Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau (pana la S23+6 zile) sau Test de toleranta la glucoza per os +/- Hemoglobina glicata (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetala (S29-S33+6 zile) sau Detectia Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate si datare a sarcinii	30 minute	450 lei
3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile)*2)	Consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie (interpretare integrativa a rezultatelor) Dublu test / triplu test Ecografie pentru	45 minute	639 lei

		depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)		
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestational)*3)	Consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie Hemoleucograma completa Creatinina serica Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urina (sumar + sediment) Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricala si ginecologica	30 minute	163 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeza gravidica usoara)*3)	Consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie Hemoleucograma completa Sodiu seric Potasiu seric Examen complet de urina (sumar + sediment) Uree serica Acid uric seric Creatinina serica Ecografie obstetricala si ginecologica	30 minute	165 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial in trimestrul III)*3)	Consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricala si ginecologica	30 minute	164 lei
7.	Depistarea precoce a cancerului de san *4)	Consultatie chirurgie generala/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitala*10) Comunicare rezultat	45 minute	238 lei
8a.	Depistarea precoce a cancerului de san cu suspiciune identificata mamografic *5a)	Consultatie chirurgie generala/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitala*10) Senologie imagistica*10) Comunicare rezultat	60 minute	342 lei
8b.	Depistarea precoce a cancerului de san cu suspiciune identificata mamografic *5b)	Consult chirurgie generala / obstetrica-ginecologie Mamografie digitala *10) Mamografie cu tomosinteza unilateral Senologie imagistica*10) Comunicare rezultat	75 min	702 lei
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultatii de specialitate: obstetrica- ginecologie Testare infectie HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in functie de rezultate	30 minute	198 lei
9a.	Depistarea precoce a cancerului de san cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sanului identificate mamografic si ecografic *6a)	Punctie biopsie mamara ghidata ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (1 - 3 blocuri) *10a) Teste imuno-histochimice *10a) Comunicare rezultat	45 min	953 lei
9b.	Depistarea precoce a cancerului de san cu suspiciune de leziuni infraclinice	Punctie biopsie mamara cu vacuum ghidata mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj	60 min	3.080 lei

	(microcalcificari) ale sanului identificate mamografic si / sau ecografic *6b)	aplicat*10a) Examen histopatologic *10a) Examen imunohistochimic *10a) Comunicare rezultat		
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultatii de specialitate: obstetrica- ginecologie Testare infectie HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in functie de rezultate	30 minute	244 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie *8)	Consultatii de specialitate: obstetrica- ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	251 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9)	Consultatie obstetrica-ginecologie; colposcopie; anestezie locala; prelevare tesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	45 minute	453 lei

\*1) Serviciile de la poz. 1 si 2 nu se pot efectua si raporta concomitent la o pacienta pentru aceeasi sarcina a aceleiasi paciente. Specialitati care acorda serviciul de la poz. 1 si 2:

- clinice: obstetrica-ginecologie, pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/atestatului de pregatire complementara in ultrasonografie obstetricala si ginecologica;
- paraclinice: medicina de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzator pozitiiilor 1 si 2 se contracteaza de unitatile sanitare care au in structura organizatorica cabinet de obstetrica-ginecologie in cadrul caruia se efectueaza consultatia de specialitate si ecografia de confirmare, viabilitate si datare a sarcinii, precum si laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevazute in cadrul pachetului.

Se deconteaza un singur pachet de servicii medicale per gravida, la luarea in evidenta a acesteia de catre medicul de specialitate obstetrica-ginecologie.

Consultatia medicala de specialitate obstetrica-ginecologie cuprinde:

- anamneza;
- examenul clinic general;
- examen ginecologic si obstetrical complet;
- recomandarea efectuarii investigatiilor paraclinice si interpretarea integrativa a rezultatelor acestora;
- evaluarea factorilor de risc medicali si/sau obstetricali si ierarhizarea cazului;
- recomandari privind supravegherea evolutiei sarcinii;
- recomandari privind masurile igieno-dietetice si profilactice si, dupa caz, terapeutice in cazul identificarii unei patologii asociate sarcinii.

Acordarea pachetului de servicii medicale corespunzator pozitiiilor 1 si 2 si rezultatele acestuia se consemneaza complet si la zi in evidentele obligatorii ale furnizorului de servicii, precum si in scrisoarea medicala si Carnetul gravidei, documente care se inmaneaza acesteia sub semnatura de primire. In situatia in care serviciile medicale corespunzatoare pozitiiilor 1 si 2 se acorda in perioada S11 - S19 + 6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzatoare pozitiei 3.

\*2) Specialitati care acorda serviciul de la poz. 3:

- clinice: obstetrica-ginecologie; medicii din specialitatea obstetrica-ginecologie trebuie sa faca dovada detinerii competentei/atestatului de pregatire complementara in ultrasonografie obstetricala si ginecologica sau supraspecializarii in medicina materno-fetala;
- paraclinice: medicina de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzator pozitiei 3 se contracteaza numai de unitatile sanitare care au in structura organizatorica cabinet de obstetrica-ginecologie in cadrul caruia se efectueaza ecografia pentru depistarea anomalii fetale S11 - S19 + 6 zile si laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test, in functie de varsta gestationala.

Se deconteaza un singur pachet de servicii medicale per gravida care se acorda in perioada S11 - S19 + 6 zile de sarcina.

\*3) Se contracteaza numai cu spitalele de specialitate obstetrica-ginecologie si cu celelalte unitati sanitare cu paturi, care au in structura sectii sau compartimente de obstetrica-ginecologie si neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice nr. 1881/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

Specialitati care acorda serviciile corespunzatoare poz. 4, 5 si 6:

- clinice: obstetrica-ginecologie, pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/atestatului de pregatire complementara in ultrasonografie obstetricala si ginecologica;
- paraclinice: medicina de laborator

\*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de varsta 50 - 69 ani care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectueaza o data la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de san. In vederea validarii, in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistica medicala, medic cu atestat /competenta senologie imagistica) au obligativitatea introducerii datelor corespunzatoare efectuării mamografiei

digitale si a interpretarii mamografiei in platforma informatica de depistare precoce a cancerului de san. In cazul unui rezultat negativ, investigatia se repeta peste 2 ani.

Serviciile de la pozitia 7 se raporteaza si deconteaza numai pentru femeile care au un rezultat negativ la interpretarea mamografiilor digitale.

\*5a) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de varsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitala, care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectueaza o data la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de san.

In vederea validarii, in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistica medicala, medic cu atestat /competenta senologie imagistica) au obligativitatea introducerii datelor corespunzatoare efectuării mamografiei digitale, a interpretarii mamografiei si a efectuării ecografiei mamare in platforma informatica de depistare precoce a cancerului de san. In cazul unui rezultat negativ, investigatia se repeta peste 2 ani. Serviciile de la pozitia 8a se raporteaza si deconteaza numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale.

\*5b) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de varsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitala, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

2. prezinta leziuni si densitati asimetrice la interpretarea mamografiei digitale sau / si;

3. necesita evaluarea potentialelor distorsiuni arhitecturale si diferentierea acestora fata de tesutul glandular sau /si;

4. prezinta suspiciunea unei densitati acoperita de tesutul glandular.

Se efectueaza o data la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de san.

In vederea validarii, in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistica medicala, medic cu atestat /competenta senologie imagistica) au obligativitatea introducerii datelor corespunzatoare efectuării mamografiei digitale, interpretarii mamografiei, efectuării si interpretarii mamografiei cu tomosinteza unilateral si a efectuării ecografiei mamare in platforma informatica de screening specifica, in scopul depistarii precoce a cancerului de san. In cazul unui rezultat negativ, investigatia se repeta peste 2 ani.

Serviciile de la pozitia 8b se raporteaza si deconteaza numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale si care indeplinesc criteriile de eligibilitate pentru mamografie digitala cu tomosinteza.

\*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de varsta 35 - 64 ani, in scopul depistarii precoce a leziunilor displazice ale colului uterin si la femeile din grupa de varsta 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic si care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;

2. sunt asimptomatice;

3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

Se efectueaza prin prezentare la medicul de specialitate obstetrica-ginecologie.

In cazul unui rezultat pozitiv la femeile cu varsta cuprinsa intre 35 si 64 ani se indica triaj citologic. In cazul unui rezultat negativ, se repeta peste 5 ani.

Citirea si interpretarea rezultatelor se efectueaza in laboratoare din cadrul unitatilor sanitare in care s-au infiintat unitati de asistenta tehnica si management ale programului de screening pentru cancer si care au organizat o retea proprie de screening in conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica in vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii.

Serviciul se valideaza dupa consultatia a II-a in cadrul careia se comunica rezultatul si se indica conduita in functie de rezultat; serviciul se efectueaza cu raportarea obligatorie a rezultatului la test se raporteaza catre programul national de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezinta absenta congenitala a colului uterin;

2. prezinta histerectomie totala pentru afectiuni benigne;

3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;

4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 si 11 nu se pot efectua si raporta concomitent la o pacienta.

\*6a) Se efectueaza ulterior efectuării serviciilor de la pozitiile 8a/8b in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, la femei asimptomatice din grupa de varsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie si ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

2. prezinta imagistic leziuni infraclinice ale sanului

In vederea validarii in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, medicul care efectueaza procedura de biopsie, respectiv medicul care elibereaza rezultatele testelor histopatologice si imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzatoare efectuării punctiei biopsie mamare ghidate ecografic si a rezultatului anatomopatologic, in platforma informatica de depistare precoce a cancerului de san.

\*6b) Se efectueaza ulterior efectuării serviciilor de la pozitiile 8a/8b, in cadrul depistarii precoce a cancerului de san, la femei asimptomatice din grupa de varsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie si / sau ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

2. prezinta imagistic leziuni infraclinice (microcalcificari) ale sanului

In vederea validarii in cadrul screeningului pentru cancerul de san, medicul care efectueaza procedura, respectiv medicul care elibereaza rezultatele testelor histopatologice si imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzatoare efectuării punctiei biopsie mamare cu vacuum si a rezultatului anatomopatologic, in platforma informatica de depistare precoce a cancerului de san.

\*7) Se efectueaza la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV.

Serviciile de la poz. 9, 10 si 11 nu se pot efectua si raporta concomitent la o pacienta.

Citirea si interpretarea rezultatelor se efectueaza in laboratoare din cadrul unitatilor sanitare in care s-au infiintat unitati de asistenta tehnica si management ale programului de screening pentru cancer si care au organizat o retea proprie de screening in conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica in vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii.

\*8) Se efectueaza la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic.

Serviciile de la poz. 9, 10 si 11 nu se pot efectua si raporta concomitent la o pacienta.

Citirea si interpretarea rezultatelor se efectueaza in laboratoare din cadrul unitatilor sanitare in care s-au infiintat unitati de asistenta tehnica si management ale programului de screening pentru cancer si care au organizat o retea proprie de screening in conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica in vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii.

\*9) Se efectueaza la femeile din grupa de varsta 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 si 10.  
\*10) Tariful pentru serviciul de la pozitiile 7, respectiv 8a/8b, este acelasi, indiferent daca mamografia digitala /ecografia de san, dupa caz, se efectueaza pentru un san sau pentru ambii sani.  
\*10a) Tariful pentru serviciul de la pozitia 9a/9b este pentru o procedura de punctie biopsie a sanului si testele histopatologice si imunohistochimice aferente acestora.

NOTA 1a.

- tehnicianii radiologi care efectueaza mamografiile digitale in cadrul serviciilor de la pozitiile 7, 8a, 8b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistica de depistare precoce a cancerului de san, cu durata minima de 40 ore de pregatire;
- medicii care interpreteaza mamografiile digitale, si medicii care efectueaza ecografiile mamare in cadrul serviciilor de la pozitiile 7, 8a, 8b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistica de depistare precoce a cancerului de san, cu durata minima de 60 ore de pregatire;
- cel putin unul din medicii care interpreteaza mamografiile digitale in cadrul serviciilor de la pozitiile 7, 8a, 8b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui atestat / competente de senologie imagistica iar celalalt este necesar sa aiba specialitatea radiologie imagistica medicala;
- medicii care interpreteaza mamografia digitala cu tomosinteza in cadrul serviciilor de la pozitia 8b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui atestat / competente in senologie imagistica;
- medicii care efectueaza ecografie mamara in cadrul serviciilor de la pozitiile 8a, 8b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui atestat / competente in senologie imagistica.

NOTA 1b.

Serviciile de la pozitia 7 se valideaza cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale si se deconteaza dupa raportarea in platforma de depistare precoce a cancerului de san / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei pozitii.

NOTA 1c.

Serviciile de la pozitia 7 se pot contracta de catre furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unitati sanitare cu paturi in conditiile in care pot fi furnizate complet si conform criteriilor aferente \*4). In cazul in care serviciile de la pozitia 7 nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unitati sanitare cu paturi, pot efectua doar examinarea imagistica (mamografia digitala) in conditiile subcontractarii acestora de catre un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de san si conform criteriilor aferente \*4).

NOTA 1d.

Serviciile de la pozitiile 8a, 8b se valideaza cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale si se deconteaza dupa raportarea in platforma de depistare precoce a cancerului de san / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei pozitii.

NOTA 1e.

Serviciile de la pozitiile 8a, 8b se pot contracta de catre furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unitati sanitare cu paturi in conditiile in care pot fi furnizate complet si conform criteriilor aferente \*5a) respectiv \*5b).

In cazul in care serviciile de la pozitiile 8a, 8b nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unitati sanitare cu paturi pot efectua doar examinarea imagistica (mamografia digitala) in conditiile subcontractarii de catre un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de san si conform criteriilor aferente \*5a) respectiv \*5b).

NOTA 2a.

- medicii din specialitatile chirurgie generala, obstetrica ginecologie, respectiv oncologie medicala, radioterapie si radiologie si imagistica medicala care efectueaza punctii biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, in cadrul serviciilor de la pozitia 9a, trebuie sa faca dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistica de depistare precoce a cancerului de san, cu durata minima de 60 ore de pregatire;
- medicii din specialitatile oncologie medicala, radioterapie si radiologie si imagistica medicala care efectueaza punctii biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, in cadrul serviciilor de la pozitia 9a, trebuie sa faca dovada absolvirii unui atestat / competente in senologie imagistica;
- medicii care efectueaza punctii biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat, in cadrul serviciilor de la pozitia 9b, trebuie sa faca dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistica de depistare precoce a cancerului de san, cu durata minima de 60 ore de pregatire, sa aiba permis CNCAN nivel 2 (pentru punctii biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic) si sa faca dovada absolvirii unui atestat / competente in senologie imagistica;
- medicii din specialitatea anatomopatologie care efectueaza testele histopatologice si imunohistochimice aferente punctiei biopsie a sanului in cadrul serviciilor de la pozitia 9a, 9b trebuie sa faca dovada absolvirii unui curs specific de anatomopatologie a leziunilor sanului in cadrul depistarii precoce a cancerului de san cancerului de san, cu durata minima de 60 ore de pregatire.

NOTA 2b.

Serviciile de la pozitia 9a se valideaza cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea punctiei biopsie mamare cu ghidaj ecografic, cu marcaj aplicat si se deconteaza dupa raportarea in platforma de depistare precoce a cancerului de san / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei pozitii.

NOTA 2c.

Serviciile de la pozitia 9b se valideaza cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea punctiei biopsie mamare cu vacuum cu ghidaj mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat si se deconteaza dupa raportarea in platforma de depistare precoce a cancerului de san / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei pozitii.

2. Lista specialitatilor clinice pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	Denumirea specialitatii
1	Alergologie si imunologie clinica
2	Anestezie si terapie intensiva
3	Boli infectioase
4	Cardiologie
5	Cardiologie pediatrica
6	Chirurgie cardiovasculara
7	Chirurgie generala

8	Chirurgie orala si maxilo-faciala
9	Chirurgie pediatria
10	Chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva
11	Chirurgie toracica
12	Chirurgie vasculara
13	Dermatovenerologie
14	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice
15	Endocrinologie
16	Gastroenterologie
17	Gastroenterologie pediatria
18	Genetica medicala
19	Geriatric si gerontologie
20	Hematologie
21	Medicina interna
22	Nefrologie
23	Nefrologie pediatria
24	Neonatologie
25	Neurochirurgie
26	Neurologie
27	Neurologie pediatria
28	Oncologie medicala
29	Oncologie si hematologie pediatria
30	Obstetrica-ginecologie
31	Oftalmologie
32	Otorinolaringologie
33	Ortopedie si traumatologie
34	Ortopedie pediatria
35	Pediatria
36	Pneumologie
37	Pneumologie pediatria
38	Psihiatrie
39	Psihiatrie pediatria
40	Radioterapia
41	Reumatologie
42	Urologie
43	Medicina fizica si de reabilitare

3. Biletul de trimitere pentru specialitatile clinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare. Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului, care il depune la furnizorul de servicii medicale clinice.

Furnizorul de servicii medicale clinice pastreaza la cabinet exemplarul biletului de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitatile clinice de la data la care acesta se implementeaza.

4. Numarul de puncte pe consultatie, valabil pentru pachetele de servicii:

	Numar puncte pentru specialitati medicale	Numar puncte pentru specialitati chirurgicale
a. Consultatia copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani (pana la implinirea varstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultatia de psihiatrie si psihiatrie pediatria a copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani (pana la implinirea varstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultatia peste varsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultatia de psihiatrie si psihiatrie pediatria peste varsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultatia de planificare familiala	10,80 puncte	
f. Consultatia de neurologie, respectiv de	21,60 puncte	



medicina fizica si de reabilitare a copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani (pana la implinirea varstei de 4 ani)		
g. Consultatia de neurologie, de medicina fizica si de reabilitare peste varsta de 4 ani	14,40 puncte	
h. Consultatia pentru ingrijiri paliative	21,60 puncte	

Incadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupa de varsta in alta se realizeaza la implinirea varstei (de exemplu: copil cu varsta de 4 ani impliniti se incadreaza in grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu varsta de 60 de ani si peste, numarul de puncte corespunzator consultatiei se majoreaza cu 2 puncte.

5. Pentru supraspecializarea/competenta/atestatul de studii complementare in planificare familiala si in ingrijiri paliative se poate incheia contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriu de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotararii Guvernului nr. 521/2023, si a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialitatile clinice pot efectua ecografiile cuprinse in anexa nr. 17 la prezentul ordin ca o consecinta a actului medical propriu pentru asiguratii pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului sau pe baza de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie in limita competentei si a dotarilor necesare; decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice in limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la prezentul ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie cu casele de asigurari de sanatate acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. In situatia in care un medic are o specialitate/mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, cat si supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative, acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatii/specialitatilor respective si servicii de ingrijiri paliative, in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat.

8. Servicii de acupunctura - consultatii cura de tratament

In baza competentei/atestatului de studii complementare in acupunctura se poate incheia contract de furnizare de servicii de acupunctura in ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale in ambulatoriu de specialitate pentru specialitatile clinice.

8.1. Consultatia de acupunctura: se deconteaza o singura consultatie pentru fiecare cura de tratament cu un tarif de 30 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se deconteaza maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, dupa care asiguratul plateste integral serviciile medicale. O cura de tratament reprezinta in medie 10 zile de tratament si in medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctura de care beneficiaza un asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura este de 280 lei.

8.3. Consultatiile de acupunctura se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

9. In baza supraspecializarii/competentei/atestatului de studii complementare in ingrijiri paliative, medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv cu specialitatea medicina de familie, care au obtinut supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative certificati de Ministerul Sanatatii care lucreaza exclusiv in aceasta activitate pot incheia contract de furnizare de servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale in ambulatoriu de specialitate pentru specialitatile clinice. Medicii de familie cu liste proprii de persoane inscrise aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, pot desfasura activitate medicala in baza supraspecializarii/competentei/atestatului de studii complementare in ingrijiri paliative, in ambulatoriu clinic de specialitate, cu o fractiune de norma.

C. Pachetul de servicii in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului economic european/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, cu modificarile si completarile ulterioare, si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevazut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 si 1.2 si la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexa.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevazut la lit. B din prezenta anexa.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, pachetul de servicii este cel prevazut la lit. B din prezenta anexa, sau

dupa caz, de serviciile medicale prevazute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 si 1.2 din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la lit. B din prezenta anexa, se acorda numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

ANEXA Nr. 8

**MODALITATILE DE PLATA**  
**in asistenta medicala ambulatorie de specialitate**  
**pentru specialitatile clinice, acupunctura,**  
**planificare familiala si ingrijiri paliative**

**Art. 1.** - (1) Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, pentru acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat in puncte sau pe serviciu medical - consultatie/caz exprimat in lei.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza medicilor de specialitate din specialitatile clinice si medicilor cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu contravaloarea consultatiilor la distanta pentru afectiunile cronice si pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesita izolare, la acelasi tarif pe serviciu medical cuantificat in puncte ca cel aferent consultatiilor efectuate in cabinetul medical.

**Art. 2.** - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza medicilor de specialitate din specialitatile clinice, planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte prevazute in anexa nr. 7 la ordin, daca aceste servicii sunt efectuate in cabinetele medicale in care acestia isi desfasoara activitatea si interpretate de medicii respectivi, luand in calcul numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si valoarea stabilita pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sanatatii, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii, care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical sau care sunt in relatie contractuala cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicala serviciile respective, servicii efectuate de acestia si cuprinse in anexa nr. 7 la prezentul ordin, daca sunt considerate indispensabile in stabilirea diagnosticului si a conduitei terapeutice.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza medicilor de specialitate din specialitatile clinice in ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat in lei, prevazute in anexa nr. 7 la ordin, in limita sumelor contractate lunar/trimestrial.

**Art. 3.** - (1) Numarul total de puncte decontat lunar pentru consultatiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitatile clinice, planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu nu poate depasi numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

a) pentru specialitati clinice si pentru medicii care lucreaza exclusiv in planificare familiala, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 28 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 15 minute), dar nu mai mult de 40 de consultatii/zi, calculat la nivelul unei luni;

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatria, si pentru medicii care lucreaza in activitatea de ingrijiri paliative in ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 14 consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 30 de minute), dar nu mai mult de 20 de consultatii/zi, calculat la nivelul unei luni; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatria, precum si pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 21 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 20 de minute), dar nu mai mult de 30 de consultatii/zi, calculat la nivelul unei luni;

c) pentru specialitatile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depasi, dupa caz, 150/153/154 puncte in medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, corespunzator unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialitatile clinice, in vederea asigurarii calitatii serviciilor medicale, in cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot deconta lunar de catre casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 153 de puncte in medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate, raportate si decontate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultatii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatria, se pot deconta lunar de catre casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 150 de puncte in medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate, raportate si decontate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultatii; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatria, precum si pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare se pot deconta lunar de catre la casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 154 de puncte in medie pe zi, calculat la nivelul unei luni in conditiile in care numarul de consultatii efectuate, raportate si decontate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultatii.

Pentru fiecare consultatie in plus fata de 19 consultatii pentru specialitatile clinice, respectiv 9 consultatii pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatria sau 14 consultatii pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatria si specialitatea medicina fizica si de reabilitare ce pot fi efectuate, raportate si decontate in medie pe zi, in conditiile raportarii si de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, dupa caz, punctajul corespunzator pentru serviciile medicale scade cu cate 17 puncte pentru specialitatile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatria si cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatria, precum si pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare.

In situatia in care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/saptamana, punctajul aferent numarului de consultatii, servicii medicale creste sau scade corespunzator.

In situatia in care adresabilitatea asiguratilor la cabinetul medical depaseste nivelul prevederilor mentionate mai sus se vor intocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile. In situatia in care programarea se realizeaza prin mijloace de comunicare electronica, la distanta, confirmarea programarii se va transmite asiguratului prin mijloace de comunicare electronica.

(2) Serviciile de sanatate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, in vederea decontarii de casele de asigurari de sanatate cu care acestia sunt in relatie contractuala.

Punctajul aferent serviciilor de sanatate conexe actului medical care pot fi raportate, indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depasi 90 de puncte in medie pe zi, per medic, calculate la nivelul unei luni, convenite celui/ceilor care le presteaza,

reprezentand servicii conexe, cu exceptia medicului de specialitate psihiatrie pediatrica pentru care punctajul nu poate depasi 360 de puncte in medie pe zi, calculate la nivelul unei luni. Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical se calculeaza indiferent de numarul furnizorilor de servicii conexe actului medical cu care are incheiate relatii contractuale sau de numarul de pacienti beneficiari ai serviciilor conexe pentru care medicul de specialitate raporteaza in vederea decontarii servicii conexe actului medical.

Pentru desfasurarea activitatii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relatii contractuale cu unul sau mai multi furnizori de servicii de sanatate conexe.

Pentru desfasurarea activitatii, furnizorul de servicii de sanatate conexe poate avea relatii contractuale cu unul sau mai multi medici din specialitatile clinice care pot solicita servicii de sanatate conexe. Serviciile conexe se recomanda de catre medicii de specialitate utilizand scrisoarea medicala al carei model este prevazut in anexa 43 la prezentul ordin. In vederea intocmirii "Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare" de catre medicii de medicina fizica si de reabilitare, medicii de specialitate care recomanda servicii conexe acordate de catre fizioterapeut elibereaza bilet de trimitere pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare.

Pentru asigurarea calitatii in furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorilor de ingrijiri paliative in ambulatoriu, incheiate cu casele de asigurari de sanatate, se vor anexa: acte doveditoare privind relatia contractuala dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de ingrijiri paliative in ambulatoriu si furnizorul de servicii de sanatate conexe actului medical, din care sa reiasa ca isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii in cabinetul de practica organizat potrivit prevederilor Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata si modificata prin Legea nr. 598/2001, cu modificarile si completarile ulterioare, si dupa caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de libera practica, infiintarea, organizarea si functionarea Colegiului Psihologilor din Romania, cu modificarile si completarile ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea si exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum si pentru infiintarea, organizarea si functionarea Colegiului Fizioterapeutilor din Romania, cu modificarile ulterioare, acte doveditoare care sa contina datele de identitate ale persoanelor care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical, avizul de libera practica/atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din Romania, sau de Colegiul Fizioterapeutilor din Romania, documentul care atesta pregatirea profesionala pentru drenajul limfatic manual, dupa caz, programul de activitate si tipul de servicii de sanatate conexe conform anexei nr. 7 la prezentul ordin si certificatul de inregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, respectiv conform Legii nr. 229/2016, cu modificarile ulterioare.

(3) Pentru serviciile conexe actului medical acordate, furnizorii de servicii conexe actului medical tin evidente distincte cu evidentierea pentru fiecare pacient a intervalului orar si a modalitatii de acordare a serviciilor, dupa caz, potrivit unei fişe de tratament. Furnizorii de servicii conexe actului medical informeaza medicul de specialitate asupra evolutiei pacientului.

(4) Numarul serviciilor medicale in scop diagnostic-caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate si decontate cu incadrarea in suma contractata, functie de tipul fiecarui serviciu si durata acestuia, precum si de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic.

**Art. 4.** - (1) Suma convenita lunar medicilor de specialitate din specialitatile clinice inclusiv medicilor cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu se calculeaza prin inmultirea numarului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, in luna respectiva, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numarul total de puncte realizat in fiecare luna se majoreaza in raport cu:

a) conditiile in care se desfasoara activitatea - majorarea este cu pana la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare.

Lista cuprinzand cabinetele medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate la care se aplica majorarile de mai sus si procentul de majorare corespunzator se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate mai sus mentionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar, numarul total de puncte se majoreaza cu 20%. Aceasta majorare nu se aplica medicilor care lucreaza exclusiv in planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu, precum si furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical. Recalcularea numarului total de puncte se face din luna urmatoare lunii in care s-a depus la casa de asigurari de sanatate dovada confirmarii gradului profesional.

(3) Valoarea garantata pentru un punct pe serviciu medical este unica pe tara si este in valoare de 4,5 lei, valabila pentru anul 2023.

(4) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice la nivel national, se scade suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023.

(5) Consultatiile acordate asiguratilor de medicii de specialitate cu specialitati clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative in primele 11 luni ale anului si care depasesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), se deconteaza prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor si in limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul in curs pentru asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice, din care se scade suma estimata, la nivelul unei luni medii a anului in curs, pentru plata activitatii medicilor de specialitate cu specialitati clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative desfasurate in luna decembrie. Consultatiile realizate si raportate peste numarul maxim de 40 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitati clinice, respectiv peste numarul maxim de 30 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitatile clinice neurologie, neurologie pediatrica, specialitatea medicina fizica si de reabilitare si peste numarul maxim de 20 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitatile clinice psihiatrie, psihiatrie pediatrica, si pentru medicii care lucreaza in activitatea de ingrijiri paliative in ambulatoriu, nu se iau in calcul pentru plata activitatii medicilor de specialitate din sumele ramase neconsumate in primele 11 luni ale anului.

(6) Prin exceptie, in anul 2023, consultatiile acordate asiguratilor de medicii de specialitate cu specialitati clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare

in ingrijiri paliative in perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 si care depasesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), se deconteaza prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor si in limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul in curs pentru asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice, din care se scade suma estimata, la nivelul unei luni medii a anului in curs, pentru plata activitatii medicilor de specialitate cu specialitati clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative, desfasurate in luna decembrie. Consultatiile realizate si raportate peste numarul maxim de 40 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitati clinice, respectiv peste numarul maxim de 30 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitatile clinice neurologie, neurologie pediatrica, specialitatea medicina fizica si de reabilitare si peste numarul maxim de 20 de consultatii/zi pentru medicii cu specialitatile clinice psihiatrie, psihiatrie pediatrica, si pentru medicii care lucreaza in activitatea de ingrijiri paliative in ambulatoriu, nu se iau in calcul pentru plata activitatii medicilor de specialitate din sumele ramase neconsumate in perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023.

**Art. 5.** - (1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaza la sfarsitul trimestrului, odata cu recalcularea drepturilor banesti cuvenite medicilor de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicilor cu supraspecializare/atestat/competenta de ingrijiri paliative. (2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru, in cazul specialitatilor clinice, inclusiv pentru medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare in ingrijiri paliative se corecteaza pana la sfarsitul anului astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat intr-un trimestru anterior se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea garantata a punctului pe serviciu prevazuta pentru trimestrul in care s-a produs eroarea.

(3) In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza in aceleasi conditii cu cele din cursul anului curent.

**Art. 6.** - (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctura cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere numarul de consultatii de acupunctura, respectiv tariful pe consultatie de 30 lei si numarul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 280 lei. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

(2) In vederea contractarii numarului de consultatii de acupunctura si a numarului de servicii medicale-caz se au in vedere urmatoarele:

a) numarul de consultatii de acupunctura acordate in cabinetul medical nu poate depasi numarul de consultatii de acupunctura rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare ca pentru o consultatie de acupunctura este necesara o durata de 15 minute in medie. Pentru fiecare caz casa de asigurari de sanatate deconteaza o singura consultatie pentru o cura de tratament. Asiguratii, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, dupa care asiguratul plateste integral serviciile medicale. b) serviciile de acupunctura-caz, se contracteaza si se raporteaza in vederea decontarii maximum 2 cure/an calendaristic, o cura reprezentand in medie 10 zile de tratament, dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctura - consultatii si cure de tratament se suporta din fondul aferent asistentei medicale de medicina fizica si de reabilitare.

(4) Decontarea lunara a serviciilor medicale de acupunctura se face pe baza numarului de servicii medicale - caz finalizate si a numarului de consultatii de acupunctura si a tarifelor pe cura respectiv pe consultatie, in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul incheiat de furnizor cu casa de asigurari de sanatate.

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8,5, decontarea lunara a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (280 lei) x numar mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat).

Numarul mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna se calculeaza impartind numarul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzatoare cazurilor finalizate la numarul de servicii de acupunctura - cazuri finalizate si raportate in luna respectiva.

In situatia in care o cura de tratament in acupunctura se intrerupe, furnizorul are obligatia sa anunte casa de asigurari de sanatate despre intreruperea curei, motivul intreruperii si numarul de zile efectuat fata de cel recomandat, odata cu raportarea lunara a activitatii realizate conform contractului. O cura de tratament in acupunctura intrerupta se considera o cura finalizata.

(5) Tarifele au avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultatii de acupunctura si cazurilor-cure de acupunctura.

(6) Suma neconsumata lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de acupunctura se redistribuie la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare si se utilizeaza pentru decontarea serviciilor efectuate de la data semnarii actului aditional. In trimestrul IV, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de acupunctura se inregistreaza la sfarsitul fiecarei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii de acupunctura care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Daca valoarea de contract ramasa neconsumata este mai mica de 310 de lei, reprezentand contravaloarea unei consultatii si a unei cure de acupunctura, se considera ca a fost epuizata valoarea de contract. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor de acupunctura acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs si pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract. Consumul mediu lunar se refera la contravaloarea serviciilor de acupunctura decontate de casa de asigurari de sanatate.

**Art. 7.** - (1) La stabilirea sumei contractate cu casa de asigurari de sanatate de un furnizor pentru servicii medicale in scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz, se determina prin inmultirea numarului negociat si contractat de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz este prevazut in anexa nr. 7 la prezentul ordin.

Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

(2) Contravaloarea serviciilor in scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic se suporta din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti.

(3) Decontarea lunara a serviciilor medicale se face pe baza numarului de servicii medicale/cazuri si a tarifului pe serviciu/caz, in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative

transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul incheiat de furnizor cu casa de asigurari de sanatate.

(4) In situatia in care la unii furnizori se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate fata de suma trimestriala prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. In trimestrul IV al anului in curs, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate, fata de sumele prevazute in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional valoarea contractata initial cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reintregesc sumele alocate asistentei medicale spitalicesti la nivelul casei de asigurari de sanatate.

**Art. 8.** - (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv al furnizorilor de planificare familiala, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu, factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

**Art. 9.** - In situatia in care furnizorii acorda servicii medicale de specialitate in specialitatile clinice, inclusiv servicii medicale de planificare familiala, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu, care nu se regasesc in anexa nr. 7 la prezentul ordin, furnizorii de servicii medicale nu elibereaza bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asiguratii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, medicii elibereaza bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale/recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru ingrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic nu se incadreaza in numarul maxim de consultatii stabilit conform programului de lucru prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

**Art. 10.** - (1) In cabinetele medicale din ambulatoriu de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati medici, precum si alte categorii de personal, in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare, cu exceptia persoanelor care isi desfasoara activitatea in cabinete organizate conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001, cu modificarile si completarile ulterioare.

Medicii angajati nu raporteaza activitatea medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, utilizand formularul de prescriptie medicala electronica/formularul de prescriptie medicala cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, dupa caz si semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente.

Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative, cabinetele medicale individuale - organizate conform reglementarilor in vigoare - pot raporta in vederea decontarii numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum si servicii de sanatate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

**Art. 11.** - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor medicale de acupunctura si ingrijiri paliative acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitati clinice, cu exceptia cazurilor de urgenta medico-chirurgicala, consultatiilor pentru afectiunile prevazute in anexa nr. 13 la prezentul ordin si serviciilor de planificare familiala care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si a consultatiilor la distanta acordate de catre medicii de specialitate din specialitatile clinice sau de catre medicii care lucreaza in activitatea de ingrijiri paliative in ambulatoriu.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiilor in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a Institutii competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu.

Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitati clinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare si are o valabilitate pentru afectiunile acute si subacute de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Biletele de trimitere pentru specialitati clinice pentru afectiunile cronice si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu au valabilitate de pana la 90 de zile calendaristice.

Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului, care il depune la furnizorul de servicii medicale clinice/furnizorul de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare. Furnizorul de servicii medicale clinice, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu pastreaza biletul de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialitati clinice recomandate de medicul de familie, care are evidentiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitati clinice de la data la care acesta se implementeaza.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care inoteste factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu au obligatia sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/atestat/competenta de ingrijiri paliative recomanda investigatii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medicul care prescrie investigatiile si un exemplar il inmaneaza asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigatii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza. In situatia in care intr-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se recolteaza proba/probe in vederea efectuarii unor examinari histopatologice-citologice si servicii medicale paraclinice de microbiologie in regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere raman la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va insoti proba/probele recoltata/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigatii paraclinice de anatomie patologica. La momentul recoltarii probei/probelor, asiguratul declara pe propria raspundere ca nu se afla internat intr-o forma de spitalizare (continua sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/atestat/competenta de ingrijiri paliative aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot recomanda servicii de ingrijiri medicale la domiciliu ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de ingrijiri medicale la domiciliu este prevazut in anexa nr. 31 C la prezentul ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului. Modelul de recomandare pentru servicii de ingrijiri paliative la domiciliu este prevazut in anexa nr. 31 D la prezentul ordin.

(8) Medicii de specialitate medicina fizica si de reabilitare recomanda proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare, al carui model se regaseste in anexa nr. 11 B la prezentul ordin. Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare cuprinde maximum 4 proceduri.

(9) Medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate pentru specialitati clinice, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot recomanda asiguratilor dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, in baza unei prescriptii medicale sub forma unei recomandari medicale tipizate, conform modelului prevazut in anexa nr. 39 B la prezentul ordin.

**Art. 12.** - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale furnizorilor de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv ale furnizorilor de ingrijiri paliative in ambulatoriu, sau ale medicilor intalniri cu furnizorii pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Anunturile privind data si locul desfasurarii intalnirilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii. Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii.

**ANEXA Nr. 9**

- model -

#### **CONTRACT DE FURNIZARE**

##### **de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative**

###### **I. Partile contractante**

Casa de asigurari de sanatate . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon/fax . . . . ., adresa e-mail . . . . . reprezentata prin Director general . . . . .

si

- Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

- cabinetul individual . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . .

reprezentat prin medicul titular . . . . .;

- cabinetul asociat sau grupat . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . . judetul/sectorul . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . .

reprezentat prin medicul delegat . . . . .;

- societatea civila medicala . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . .

reprezentata prin administratorul . . . . .;

- Unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, . . . . ., avand sediul in

municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . .  
. . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . ,  
judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . .  
. . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . ;

- Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie . . . . . , avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . ;

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . . , inclusiv a spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . , judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic si tratament, centrul medical si centrul de sanatate multifunctional - unitati medicale cu personalitate juridica . . . . . , avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . , judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . ;

- Unitatea sanitara fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . . , avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . , judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

- Cabinet medical de ingrijiri paliative in ambulatoriu organizat conform dispozitiilor legale in vigoare;

- Societati de turism balnear si de medicina fizica si de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care indeplinesc conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatilor comerciale de turism balnear si de recuperare, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 143/2003.

NOTA:  
In situatia in care furnizorul are punct/puncte secundar(e) de lucru acestea se vor evidentia distinct, fiind mentionate adresa, telefon fix/mobil, adresa de e-mail.

II. Obiectul contractului

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative, conform Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

**Art. 2.** - Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative acorda asiguratilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii prevazut in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023, in urmatoarele specialitati si supraspecializari/competente/atestare de studii complementare - pentru acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative:

- a) . . . . . ;
  - b) . . . . .
- Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice, acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative se face de catre urmatoarii medici:
- 1. . . . . ;
  - 2. . . . . ;
  - 3. . . . . ;
  - 4. . . . . ;

IV. Durata contractului

**Art. 4.** - Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie a anului pentru care a fost incheiat contractul.

**Art. 5.** - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

**Art. 6.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca public, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, precum si lista furnizorilor de servicii medicale ce sunt in relatii contractuale cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical si sa actualizeze permanent aceste liste in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele

modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerea, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice din mediul rural si din mediul urban - pentru orasele cu un numar de pana la 10.000 de locuitori, in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;

g) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;

h) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) sa faca publica valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronica a acestora, precum si numarul total de puncte realizat trimestrial la nivel national, afisat pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; sa publice pe pagina de web a acestora numarul de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de specialitate, respectiv medic cu supraspecializare/atestat/competenta de studii complementare in ingrijiri paliative, precum si sumele decontate fiecarui furnizor cu care se afla in relatii contractuale;

l) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

m) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor de medicina fizica si de reabilitare, de acupunctura, planificare familiala si ingrijiri paliative in ambulatoriu acordate de medici conform specialitatii clinice si supraspecializarii/competentei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sanatatii si care au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, dupa caz, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . / . . . . . /2023;

n) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical si tarif pe serviciu medical consultatie/caz, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . / . . . . . /2023;

o) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

p) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de specialitate fac dovada capacitatii tehnice corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara, dupa caz.

q) sa monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de catre medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023.

#### B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

**Art. 7.** - Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

a) sa informeze persoanele asigurate si neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil),

2. pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate, documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare, si normelor metodologice de aplicare a acesteia si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform instructiunilor privind modul de utilizare si completare a acestora; sa asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementeaza;



2. formularului de scrisoare medicala; medicul de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicul cu supraspecializare/atestat/competenta de ingrijiri paliative elibereaza scrisoare medicala pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea;

3. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform normelor metodologice privind utilizarea si modul de completare a formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 674/252/2012, cu modificarile si completarile ulterioare; In situatia in care un asigurat cu o boala cronica confirmata este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescriptia se elibereaza in conditiile prezentarii unui document, eliberat de spital din care sa reiasa ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme, si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum si formularului pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitive medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate, al caror model este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023; recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu se face in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea activitatilor zilnice pe care asiguratul nu le poate indeplini, in conditiile prevazute in norme; recomandarea pentru ingrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de ingrijiri paliative prevazuti in Ordinul ministrului sanatatii nr. 253/2018, cu modificarile si completarile ulterioare;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde serviciile prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare; sa acorde servicii medicale persoanelor care nu detin cod numeric personal, prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data inregistrarii acestora in sistemul de asigurari sociale de sanatate;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel putin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

i) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

j) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

l) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia.

m) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

n) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia: urgentelor, afectiunilor prevazute in norme, serviciilor de planificare familiala, precum si a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice, se stabileste prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise in baza

Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, inte legeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

o) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct, prin posta electronica sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru alte specialitati clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, dintre care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin posta electronica sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . / 2023;

p) sa transmita reumatul investigatiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inregistrat asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin posta electronica sau prin intermediul asiguratului;

q) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate si a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

r) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform instructiunilor privind modul de utilizare si completare a acestora;

s) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

s) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

t) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data.

Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223

alin. (1) si (1<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

t) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. t) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale efectuate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

u) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu detin cod numeric personal prevazute la art. 225 alin. (1) lit.

a), e) si f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

v) sa respecte avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, sau ca medicamentul este produs biologic;

w) sa respecte prevederile art. 159 din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, cu privire la initierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afectiuni cu produse biologice care se

elibereaza prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internationale pentru care, la momentul prescrierii, in lista preturilor de referinta aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate exista atat produsul biologic de referinta cat si produsul/produsele biosimilare/biosimilare al/ale acestuia;

x) sa finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligatii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligatii;

y) medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare la intocmirea planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare sa recomande maximum 4 proceduri.

C. Drepturile furnizorului de servicii medicale

**Art. 8.** - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; serviciile conexe actului medical raportate se valideaza inclusiv prin utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate, fiind aplicabile dispozitiile art. 223 si art. 337 alin. (2<sup>1</sup>), (3) si (4) din Legea nr. 95/2006 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asigurarii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale/recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru ingrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic nu se incadreaza in numarul maxim de consultatii stabilit conform programului de lucru prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate iar consultatia respectiva nu este raportata in vederea decontarii de casa de asigurari de sanatate in conditiile art. 35 alin. (3) si (4) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;

e) sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate, motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

VI. Modalitati de plata

**Art. 9.** - (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, tarif pe serviciu medical in scop diagnostic-caz si tarif pe serviciu medical - consultatie/caz exprimat in lei.

(2) Valoarea garantata a unui punct este unica pe tara; pentru anul 2023, valoarea garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este in valoare de . . . . . lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023.

(4) Numarul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 se ajusteaza in functie de:

a) conditiile in care se desfasoara activitatea, cu . . . . . %\*)

b) gradul profesional medic primar . . . . . %.

(5)

a) Tariful pe consultatie de acupunctura este de . . . . . lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctura de care beneficiaza un asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura este de . . . . . lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultatiile si serviciile medicale - caz de acupunctura este de . . . . . lei si se suporta din fondul aferent asistentei medicale de recuperare.

Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni dupa cum urmeaza:

Suma anuala contractata este . . . . . lei, din care:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei, din care:

- luna I . . . . . lei

- luna II . . . . . lei

- luna III . . . . . lei

- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei, din care:

- luna IV . . . . . lei

- luna V . . . . . lei

- luna VI . . . . . lei

- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei, din care:

- luna VII . . . . . lei

- luna VIII . . . . . lei

- luna IX . . . . . lei

- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei, din care:

- luna X . . . . . lei

- luna XI . . . . . lei

- luna XII . . . . . lei.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctura se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . 2023.

(8) Tariful pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic este:

- . . . . . (denumire serviciu) . . . . . lei

- . . . . . (denumire serviciu) . . . . . lei

- . . . . .  
(9) Valoarea contractului serviciilor medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic este de . . . . . lei si se suporta din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti.

Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni dupa cum urmeaza:

Suma anuala contractata este . . . . . lei, din care:  
- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei, din care:  
- luna I . . . . . lei  
- luna II . . . . . lei  
- luna III . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei, din care:  
- luna IV . . . . . lei  
- luna V . . . . . lei  
- luna VI . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei, din care:  
- luna VII . . . . . lei  
- luna VIII . . . . . lei  
- luna IX . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei, din care:  
- luna X . . . . . lei  
- luna XI . . . . . lei  
- luna XII . . . . . lei.

(10) Plata serviciilor medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . 2023.

\*) In conditiile in care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileste un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zona pentru fiecare situatie.

**Art. 10.** - (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari de sanatate se face pe baza documentelor necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, transmise lunar de furnizori la casa de asigurari de sanatate, la data de . . . . .  
Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Pana la data de 18 a celei de a doua luni dupa incheierea trimestrului se face decontarea drepturilor banesti cuvenite, ca urmare a regularizarii erorilor de calcul constatate.

(2) Decontarea lunara a serviciilor medicale de acupunctura furnizate in luna anterioara se face pe baza numarului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctura si a numarului de consultatii de acupunctura si a tarifelor pe cura si pe consultatie, in limita sumelor contractate, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . .

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8,5, decontarea lunara a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarifu stabilit conform formulei: Tarif contractat . . . . . lei x numar mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat). Numarul mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna se calculeaza impartind numarul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzatoare cazurilor finalizate la numarul de servicii de acupunctura - cazuri finalizate si raportate in luna respectiva.

In situatia in care o cura de tratament in acupunctura se intrerupe, furnizorul are obligatia sa anunte casa de asigurari de sanatate despre intreruperea curei, motivul intreruperii si numarul de zile efectuat fata de cel recomandat, odata cu raportarea lunara a activitatii realizate conform contractului. O cura de tratament in acupunctura intrerupta se considera o cura finalizata.

Cura de acupunctura se deconteaza in luna urmatoare celei in care a fost finalizata aceasta cura. Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(3) Decontarea lunara a serviciilor medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numarului de servicii medicale/cazuri si a tarifului pe serviciu/caz, in limita sumelor contractate, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate.

In situatia in care la unii furnizori se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate fata de suma trimestriala prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reintregesc sumele alocate asistentei medicale spitalicesti la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(4) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical\*) si fiecare medic de specialitate din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic

Nume: . . . . . Prenume: . . . . .  
Grad profesional: . . . . .  
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenta/supraspecializare: . . . . .  
Cod numeric personal: . . . . .  
Codul de parafa al medicului: . . . . .  
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi

b) Medic

Nume: . . . . . Prenume: . . . . .  
Grad profesional: . . . . .  
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenta/supraspecializare: . . . . .  
Cod numeric personal: . . . . .  
Codul de parafa al medicului: . . . . .  
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi

c) . . . . .  
. . . . .

\*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului si al cabinetelor de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale organizate in structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi desfasoara activitatea in sistem integrat si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului.

#### VII. Calitatea serviciilor medicale

**Art. 11.** - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

#### VIII. Raspunderea contractuala

**Art. 12.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

**Art. 13.** - Clauza speciala

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

**IX. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului**

**Art. 14.** - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, se diminueaza cu 5% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic-caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic-caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

(2) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata nerespectarea uneia sau mai multor obligatii prevazute la art. 7 lit. a), c), d), g), i), j) - l), o) - s), u) si v), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023 sau neeliberarea acesteia, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic-caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a punctului, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic-caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(3) In cazul in care in perioada derularii contractului structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si alte organe competente constata ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuarii acestora pe baza evidentelor proprii, se aplica drept sanctiune o suma stabilita prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriul de specialitate, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii si se recupereaza contravaloarea acestor servicii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. f), h) si m) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii pentru specialitatile clinice pentru planificare familiala si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz pentru luna in care s-au produs aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru specialitatile clinice, pentru planificare familiala si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz pentru luna in care s-au produs aceste situatii.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. s), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic.

Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. s), se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie

contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute in contract.

(6) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (5) se aplica gradual in termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(7) Pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. y) se retine contravaloarea consultatiei.

(8) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(9) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5), (7) si (8) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(10) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (5), (7) si (8), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(11) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5), (7) si (8) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(12) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (5), (7) si (8) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

**Art. 15.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricarua dintre documentele prevazute la art. 25 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctura sau pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriu de specialitate clinic se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale.

**Art. 16.** - Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, de servicii de planificare familiala, acupunctura si de ingrijirile paliative in ambulatoriu, de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 29 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;

i) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 14 alin. (1) - (4).

**Art. 17.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 17 alin. (1) lit. a) - cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica potrivit prevederilor alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 18.** - (1) Situatiile prevazute la art. 16 si la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constata de casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

#### X. Corespondenta

**Art. 19.** - (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronica sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in situatia in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte.

#### XI. Modificarea contractului

**Art. 20.** - In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

**Art. 21.** - Valoarea garantata a punctului este cea calculata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu este element de negociere intre parti.

**Art. 22.** - Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

**Art. 23.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

#### XII. Solutionarea litigiilor

**Art. 24.** - (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIII. Alte clauze . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei Economice, . . . . . Director executiv al Directiei Relatii Contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios . . . . .	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE Reprezentant legal, . . . . .
--	---

**ACT ADITIONAL**  
**pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii**  
**efectuate de medicii de specialitate din**  
**specialitatile clinice**

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

**ANEXA Nr. 10**

**A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA CUPRINDE:**

"Servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu - serii de proceduri

1.1. Procedurile specifice de medicina fizica si de reabilitare in cadrul unei serii de proceduri - efectuate in ambulatoriu, precum si perioadele pentru care se pot acorda sunt:

Nr. crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE IN AMBULATORIU
1.	Kinetoterapie de grup pe afectiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenti diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenti medie frecventa/interferentiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenti de inalta frecventa pulsatila
11.	Ultrasunet
12.	Combinatie de ultrasunet cu curenti de joasa frecventa
13.	Magnetoterapie
14.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenti cu impulsuri rectangulare
18.	Curenti cu impulsuri exponentiale
19.	Contractia izometrica electrica
20.	Stimulare electrica functionala/neuromusculara
21.	Bai Stanger
22.	Bai galvanice
23.	Dus subacval
24.	Aplicatii de termoterapie locoregionala (parafina, termopack)
25.	Bai sau pensulatii cu parafina
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizatie camera
32.	Hidrokinetoterapie individuala generala
33.	Hidrokinetoterapie individuala partiala
34.	Kinetoterapie individuala
35.	Tractiuni vertebrale si articulare
36.	Manipulari vertebrale



37.	Manipulari articulatii periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatura speciala cu dispozitive mecanice, electromecanice si robotizate
39.	Bai minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40.	Bai de plante
41.	Bai de dioxid de carbon si bule
42.	Bai de namol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Impachetare generala cu namol
46.	Impachetare partiala cu namol
47.	Aplicatie de unde de soc extracorporale
48.	Aplicatie de oscilatii profunde
49.	Speleoterapia/Salinoterapia
50.	TECAR
51.	Respiratie la presiune pozitiva
52.	Masaj pneumatic al extremitatilor
53.	Crioterapie
54.	Kinetoterapie cu IATSM

Procedurile de la pct. 39 - 46 sunt efectuate numai in statiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de medicina fizica si de reabilitare in Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este stabilit in Anexa nr. 11 B din prezentul ordin.

1.1.1 Perioada pentru care se deconteaza procedurile specifice de medicina fizica si de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atat la copii cat si la adulti cu exceptia pacientilor cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, pentru paralizie cerebrala, pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare si pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arsi in primele 4 luni de la externare, cand se deconteaza proceduri medicale specifice de medicina fizica si de reabilitare pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putand fi fractionate in maximum doua fractiuni, in functie de afectiunea de baza la recomandarea medicului de specialitate medicina fizica si de reabilitare.

1.1.2. Seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu stabilita de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare in Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare, decontata pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare ce se desfasoara in statiunile balneoclimatice se deconteaza maximum 4 proceduri/zi.

1.2 Lista afectiunilor, pentru care pot fi acordate serviciile de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu este:

Nr. crt.	AFECTIUNI
1.	Afectiuni ale sistemului nervos central si periferic la adulti si copii
2.	Afectiuni ale jonctiunii neuromusculare, si miopatii
3.	Boli cardio-vasculare
4.	Afectiuni ale cailor respiratorii, boli pulmonare restrictive si obstructive
5.	Artropatii inflamatorii, degenerative si metabolice
6.	Afectiuni ale coloanei vertebrale
7.	Afectiuni abarticulare
8.	Tulburari de statica, vertebrala si periferica
9.	Afectiuni ortopedice si post-traumatice
10.	Status post interventii chirurgicale (cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice, etc.)
11.	Status post COVID-19
12.	Afectiuni oncologice
13.	Status post-combustional
14.	Afectiuni uro-genitale
15.	Afectiuni metabolice si endocrine
16.	Afectiuni digestive

1.3. Serviciile de medicina fizica si de reabilitare se acorda pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de catre medicii de medicina fizica si de reabilitare al carui model se regaseste in anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de catre medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare.

1.4. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu, care se deconteaza pentru un asigurat este de 50 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexa, cu exceptia pozitiilor 1, 28 - 29, 32

- 34, 38 si 54. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu, care se deconteaza pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexa cu conditia ca cel putin o procedura pe zi sa fie dintre cele prevazute la pozitia 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 si 54. Aceste tarife se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc dupa cum urmeaza:
- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 si 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedura dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 80 lei.

Nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate serviciile de medicina fizica si de reabilitare atunci cand acestea se acorda pentru situatii care privesc corectii de natura estetica si de intretinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastica de intretinere (fitness, body-building).

**B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE, SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII**

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare, acorda serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model se regaseste in anexa nr. 11 B la prezentul ordin, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate pe teritoriul Romaniei, se acorda serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model se regaseste in anexa nr. 11 B la prezentul ordin, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

**ANEXA Nr. 11**

**MODALITATILE DE PLATA  
in asistenta medicala de medicina fizica si de  
reabilitare in ambulatoriu**

**Art. 1.** - (1) Furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, incheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu cu casele de asigurari de sanatate, a caror plata se face prin tarif in lei pe zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu din pachetul de servicii medicale de baza prevazut in anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere: numarul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 50 de lei sau 80 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 50 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu exceptia pozitiiilor 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 si 54 si este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu conditia ca cel putin o procedura pe zi sa fie dintre cele prevazute la pozitia 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 si 54.

(3) Suma contractata se stabileste conform anexei nr. 11 B la ordin si se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera. Valoarea lunara de contract poate fi depasita cu maximum 10% cu conditia diminuarii valorii de contract din luna urmatoare, cu exceptia lunii decembrie, cu incadrarea in valoarea contractata pentru trimestrul respectiv. In aceasta situatie, in cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, inregistrata pana cel tarziu in ultimele 3 zile lucratoare ale fiecarei luni, cu obligativitatea incadrarii in suma contractata in trimestrul respectiv.

(4) In situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu conform prevederilor din anexa nr. 11 A la ordin se modifica in sensul diminuarii fata de conditiile initiale si furnizorii aduc la cunostinta caselor de asigurari de sanatate aceste situatii, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, suma stabilita initial se diminueaza corespunzator, prin incheierea unui act aditional la contract, incepand cu luna urmatoare celei in care s-a produs modificarea.

Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari la nivelul caselor de asigurari de sanatate se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatie initiala. Neanuntarea acestor situatii si constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligatiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu.

(5) Suma neconsumata lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se redistribuie la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare in cadrul unui trimestru, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera si se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional.

In situatia in care la unii furnizori de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate fata de suma trimestriala prevazuta in

contract/act aditional, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract/act aditional valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional cu furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care in acelasi trimestru si-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs pana la sfarsitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

Daca din valoarea trimestriala de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5%, se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

In trimestrul IV al anului calendaristic in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se inregistreaza la sfarsitul fiecărei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Daca din valoarea lunara de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5%, se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs si pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se refera la contravaloarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu decontate de casa de asigurari de sanatate.

(6) Pentru incadrarea in suma defalcata trimestrial furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu pot intocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, daca este cazul.

(7) In vederea contractarii numarului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu si a numarului de zile de tratament de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se au in vedere serviciile medicale zi de tratament care se acorda in ambulatoriu, se contracteaza si raporteaza in vederea decontarii pentru un numar de maximum 21 zile/an/asigurat atat la copii cat si la adulti, cu exceptia pacientilor cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, pentru paralizie cerebrala, pentru pacientele cu limfedem secundar dupa limfadenectomie axilara si pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arsi in primele 4 luni de la externare cand se deconteaza proceduri medicale terapeutice pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au in vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu si zile de tratament de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul in curs cu destinatia de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu vor fi contractate de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte noi, respectiv de acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu si numarul de zile de tratament de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului aditional la contractul/actul aditional initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de selectie si contractare prevazute in anexa nr. 11 A la ordin, precum si reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, in situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului initial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se suporta din fondul aferent asistentei medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu.

(11) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicii de specialitate medicina fizica si de reabilitare aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, al carui model se regaseste in anexa nr. 11 B la prezentul ordin

(12) Decontarea lunara de catre casele de asigurari de sanatate in limita sumelor contractate se face in functie de numarul de zile de tratament de medicina fizica si de reabilitare realizat in ambulatoriu, inmultit cu tarifele prevazute la alin. (2). Aceste tarife se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc dupa cum urmeaza:

- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 si 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedura dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 80 lei.

**Art. 2.** - (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu factureaza casele de asigurari de sanatate, lunar, si transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

**Art. 3.** - Contravaloarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care nu se regasesc in anexa nr. 10 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la furnizor/punct de lucru, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat.

**Art. 4.** - (1) Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai

formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate medicina fizica si reabilitare in ambulatoriu acorda servicii medicale in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate cu exceptia cazului in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate pe teritoriul Romaniei, serviciile se acorda pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare al carui model este prevazut in ordin.

(2) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta Planurilor eliberate de medicii de specialitate de medicina fizica si de reabilitare in baza carora au fost efectuate serviciile medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura.

(3) Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu au obligatia sa verifice Planurile eliberate de medicii de specialitate de medicina fizica si de reabilitare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda.

**Art. 5.** - (1) Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu incaseaza de la asiguratii suma corespunzatoare coplatii pentru serviciile de medicina fizica si de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de baza de care au beneficiat asiguratii pe seria de proceduri; nivelul minim al coplatii este de 5 lei pe toata seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toata seria de proceduri. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare furnizor pe baza de criteriul propriu.

(2) Categoriile de asiguratii scutite de coplata, prevazute la art. 225 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevazut in anexa nr. 23 D la ordin.

**Art. 6.** - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale furnizorilor intalniri cu furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Anunturile privind data si locul desfasurarii intalnilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii. Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii.

**ANEXA Nr. 11A**

**CRITERII  
privind selectia furnizorilor de servicii medicale de  
medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu si  
repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii  
medicale de medicina fizica si de reabilitare  
in ambulatoriu**

**CAPITOLUL I  
Criterii de selectie a furnizorilor de servicii  
medicale de medicina fizica si de  
reabilitare in ambulatoriu**

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu trebuie sa indeplineasca cumulativ urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati, acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
2. Sa faca dovada capacitatii tehnice de a efectua serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu pentru a caror furnizare incheie contract cu casa de asigurari de sanatate.
3. Sa faca dovada ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru este acoperit de fizioterapeut care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la furnizor.

**CAPITOLUL II**

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se au in vedere urmatoarele criterii:

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice 40%

B. Evaluarea resurselor umane 60%

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice

Ponderele acestui criteriu este de 40%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu sunt obligati sa faca dovada detinerii legale a aparatului prin documente conforme si in termen de valabilitate.

b) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa verifice daca seria si numarul aparatului existent la punctul de lucru respectiv sunt aceleasi cu seria si numarul aparatului inscrise in cuprinsul documentelor care atesta existenta si detinerea legala a acestora.

c) Furnizorii sunt obligati sa prezinte documentele pentru aparatul/aparatele detinute din care sa reiasa: anul fabricatiei, seria si numarul, numarul de canale si numarul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care incheie contract de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu cu casa de asigurari de sanatate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au inscrise pe ele seria si numarul si nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fisa tehnica.

e) Daca doi sau mai multi furnizori prezinta aparate inregistrate cu aceeasi serie si numar inainte sau in perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv si nu se mai iau in calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac exceptie furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care isi desfasoara activitatea utilizand acelasi spatiu si aceleasi echipamente specifice detinute si/sau

utilizate in comun in conditiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevazute de actele normative in vigoare si numai in conditiile in care personalul medico-sanitar al fiecarui furnizor isi desfasoara activitatea cu respectarea dispozitiilor Hotararii Guvernului nr. 521/2023 si intr-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service incheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii sau Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania, conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale avizul de utilizare, emis de Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania pentru dispozitivele medicale din dotare achizitionate "second hand". Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a mentinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1. Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut, dupa cum urmeaza:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/ora
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal)	10 puncte/aparat	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienti tratati simultan (2 sau mai multe canale)	20 puncte/aparat	6
3.	Baie galvanica si alternanta	20 puncte/aparat	2
4.	Aparate de magnetoterapie	10 puncte/aparat	3
5.	Unde scurte	10 puncte/aparat	3
6.	ESWT (unde de soc)	15 puncte/aparat	3
7.	TECAR	15 puncte/aparat	2
8.	Aparate cu energie luminoasa (laserterapie sub 900 mW, ultraviolete, infrarosii)	10 puncte/aparat	5
9.	Aparat laser continuu sau pulsant peste 900 mW	15 puncte/aparat	5
10.	Aparate de parafina sau termopack	10 puncte/aparat	3 aplicatii/canapea/pat/ora
11.	Aparate pentru drenaj limfatic	10 puncte/aparat	2
12.	Aparat pentru ultrasonoterapie	10 puncte/aparat	5
13.	Aparat pentru aerosoli	10 puncte/aparat	4
14.	Cada de hidroterapie	10 puncte/1 cada	2
15.	Cada de hidroterapie cu dus subacval sau cu bule	20 puncte/1 cada	2
16.	Dispozitive de dusuri terapeutice (scotian, alternativ etc.)	20 puncte/dispozitiv	2
17.	Echipament de elongatie	15 puncte/echipament	2
18.	Covor rulant (echipament) pentru recuperarea mersului	15 puncte/echipament	2
19.	Cicloergometru	10 puncte/echipament	3
20.	Aparat pentru antrenarea echilibrului	20 puncte/aparat	2

21.	Aparat reabilitare mana	10 puncte/aparat	3
22.	Aparat reabilitare genunchi	10 puncte/aparat	3
23.	Aparat reabilitare glezna	10 puncte/aparat	3
24.	Aparat multifunctional pentru cresterea fortei pe grupe musculare	15 puncte/aparat	3
25.	Bare paralele pentru reeducarea mersului	10 puncte/ echipament	3
26.	Cusca Rocher	15 puncte/ echipament	3
27.	Platforma electrica de verticalizare la diverse unghiuri si incarcare procentuala a greutatii	20 puncte/ echipament	2
28.	Covor rulant dotat cu echipament antigravitational pentru reeducarea mersului	20 puncte/ echipament	2
29.	Aparat subacvatic de mobilitate si forta	30 puncte/aparat	2
30.	Covor rulant subacvatic de mers	30 puncte/ echipament	2
31.	Dispozitive robotizate pentru reeducarea membrului superior, membrului inferior, mersului si echilibrului	40 puncte/ dispozitiv	2
32.	Aparat pentru respiratie cu presiune pozitiva intermitenta	15 puncte/aparat	2
33.	Dispozitiv mecanic pentru masaj pneumatic al extremitatilor	10 puncte/aparat	3
34.	Aparat pentru crioterapie	10 puncte/aparat	3

Punctajul pentru fiecare aparat, conform celor de mai sus, se acorda pentru aparatele cu o vechime de pana la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculati de la data fabricarii sau de la data reconditionarii (refurbisarii), punctajul total al fiecarui aparat, pentru fiecare an in plus, se diminueaza cu cate 20%

Vechimile de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezinta limita minima si limita maxima prevazute pentru durata normala de functionare conform Hotararii Guvernului nr. 2139/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea si duratele normale de functionare a mijloacelor fixe, cu modificarile ulterioare.

Nr. crt.	Denumire aparat	Numar canale	An fabricatie	Total puncte/ aparat	Total proceduri pe ora/aparat
1	2	3	4	5	6

**TOTAL PUNCTE:** . . . . .

NOTA 1:

La contractare, se va tine cont de:

- a) numarul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/ora, conform tabelului de mai sus;
- b) numarul maxim de proceduri/ora posibil de efectuat in cadrul programului de lucru de catre asistentul de balneofizioterapie cu pregatire superioara sau medie de specialitate, asistentul medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare, precum si de catre fizioterapeutul care isi desfasoara activitatea intr- o forma legala la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/ora; numarul maxim de proceduri/ora posibil de efectuat in cadrul programului de lucru de catre

maseuri si baiesi care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 4 proceduri/ora.

In situatia in care, numarul maxim de proceduri prevazut la lit. b) este mai mic decat cel prevazut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se inmulteste cu raportul calculat intre numarul de proceduri de la lit. b) si numarul de proceduri de la lit. a).

In situatia in care, numarul maxim de proceduri prevazut la lit. b) este mai mare decat cel prevazut la lit. a), se acorda punctajul aferent lit. A. 1.

NOTA 2: In cazul aparatelor de terapie combinata, acestea vor fi punctate pentru doua functii ce pot fi realizate concomitent, indiferent de numarul si tipurile functiilor din fisa tehnica, fiind punctate doua functii, cu punctajul cel mai mare.

NOTA 3: Punctajele pentru lit. A 1 se acorda numai pentru incadrarea cu personal de specialitate.

A.2. Evaluarea salii de kinetoterapie:

- Suprafata utila a salii este intre 8 - 15 mp si dotare corespunzatoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind infiintarea, organizarea si functionarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numarul maxim de pacienti este 3 si minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura/- Suprafata utila a salii este intre 16 - 30 mp si dotare corespunzatoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind infiintarea, organizarea si functionarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numarul maxim de pacienti este 6 si minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura.

- Suprafata utila a salii este de peste 30 mp, folosita exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie si dotare superioara fata de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup numarul maxim de pacienti este 8 indiferent de marimea salii si minim doi fizioterapeuti/asistenti medicali de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura.

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 30 - 40 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 16 puncte si minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 40 - 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 30 puncte si minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 40 puncte si minim doi fizioterapeuti/asistenti medicali de balneofiziokinetoterapie si recuperare/tura.

TOTAL puncte resurse tehnice . . . . .

NOTA 1:

Sala de kinetoterapie si bazinul de hidrokinetoterapie se puncteaza numai daca la furnizor isi desfasoara activitatea cel putin un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare/in functie de dimensiunile salii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 si A.3 se acorda pentru incadrarea cu personal de specialitate (un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare) pentru o norma intreaga (7 ore). Pentru fractiuni de norma, punctajele aferente lit. A.2 si A.3 se ajusteaza proportional.

NOTA 2:

Nu se puncteaza bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizeaza si pentru alte activitati in afara celor strict medicale care se contracteaza cu casa de asigurari de sanatate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Pondereea acestui criteriu este de 60%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu- obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu. Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat.

Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata. Pentru personalul care depaseste o norma intreaga se acorda punctaj si pentru fractiunea de norma lucrata ce depaseste norma intreaga.

Se considera o norma intreaga astfel:

- pentru un asistent balneofizioterapie, asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare, maseur, baies - 40 ore/saptamana (8 ore/zi x 5 zile/saptamana)

- pentru un fizioterapeut - 35 ore/saptamana (7 ore/zi x 5 zile/saptamana)

a. fizioterapeut - 15 puncte/1 norma

Nume si prenume	Numar de ore

b. asistent balneofizioterapie/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume	Numar de ore

c. maseur - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

d. baies - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume	Numar de ore

TOTAL PUNCTE . . . . .

Program de activitate saptamanal al furnizorului/punctului de lucru - 7 ore/zi:

- 5 zile/saptamana = 2 puncte
- Peste 5 zile/saptamana = cate 1 punct pentru fiecare zi in plus
- Pentru 2 x 7 ore/5 zile pe saptamana = 5 puncte
- 5 zile/saptamana/mai mult de 7 ore pe zi si mai putin de 14 ore pe zi = punctaj proportional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte . . . . .

Pentru fiecare criteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor.

Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor corespunzatoare fiecarui criteriu la numarul de puncte obtinut la fiecare criteriu. Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre criteriile se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor corespunzator fiecarui criteriu, rezultand sumele aferente fiecarui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor corespunzator fiecarui criteriu se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

**ANEXA Nr. 11 B**

- model -

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE/UNITATEA SANITARA CU PATURI . . . . .

. . .

C.U.I. . . . .

Nr. contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . .

NUME MEDIC . . . . .

COD PARAFĂ MEDIC . . . . .

**PLAN DE PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE**

**Nr. . . . . / . . . . . \*)**

Numele si prenumele asiguratului . . . . .

Codul numeric al asiguratului/cod unic de asigurare . . . . .

Diagnostic medical si diagnostic boli asociate . . . . .

(Se va nota si cod diagnostic; pentru inscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificatia internationala a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boala, in caractere numerice)

Perioada pentru care se recomanda procedure specifice de medicina fizica si de reabilitare

\*\*) . . . . .

Numar telefon asigurat . . . . .

Domiciliul Asiguratului . . . . .

**PLAN TERAPEUTIC**

Nr. Crt	Denumire proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare cf. Anexei nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr . . . . . / . . . . . / . . . . . /2023	Numar proceduri**)	Durata procedurii	Indicatii specifice

Indicatie de revenire pentru reevaluare:

- | | da, revine pentru reevaluare in termen de . . . . .

- | | nu, nu este necesara revenirea pentru reevaluare

Termenul de valabilitate al Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare este de: . . . . . zile, dar nu mai mult de 90 de zile calendaristice de la data emiterii Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare, fara a lua in calcul ziua in care a fost emis planul.

Perioada pentru care se deconteaza procedurile specifice de medicina fizica si de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atat la copii cat si la adulti cu exceptia pacientilor cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, pentru paralizie cerebrala, si pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare si pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arsi in primele 4 luni de la externare, cand se deconteaza proceduri medicale specifice de medicina fizica si de reabilitare pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putand fi fractionate in maximum doua fractiuni, in functie de afectiunea de baza la recomandarea medicului de specialitate medicina fizica si de reabilitare.

\*) Se va completa cu numarul din registrul de consultatii/foaie de observatie.

\*\*) Numarul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare recomandate este de maxim 4 proceduri/asigurat in conformitate cu prevederile pct. 1.1.2 din Anexa 10 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr . . . . . / . . . . . /2023.

NOTA:

1. Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare in baza Planurilor de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in care este nominalizat furnizorul de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu.

2. Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare in baza Planurilor de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare care nu cuprind



diagnosticul stabilit, denumirea si specificatiile procedurilor specifice, conform Anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . . / . . . . . /2023.

3. Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu pot incasa de la asiguratii doar suma corespunzatoare coplatii pentru serviciile de medicina fizica si de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de baza. Valoarea coplatii, intre 5 si 10 lei pe seria de proceduri, este stabilita de fiecare furnizor pe baza de criterii proprii si nu este perceputa categoriilor de asiguratii scutite de coplata, prevazute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

4. Medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare care efectueaza consultatia in urma careia intocmeste Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare nu incaseaza sume pentru eliberarea acestui document.

5. In Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare folosit in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, se vor recomanda maxim 4 proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare.

Data, numele si prenumele in clar Semnatuara si parafa medicului  
si semnatura asiguratului, . . . . .  
. . . . .

Calea de transmitere:

- | | prin asigurat
- | | prin mijloace de comunicare electronica . . . . .

Planul de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medicul care a efectuat consultatia in ambulatoriul de specialitate pentru specialitati clinice, iar un exemplar este inmanat/transmis asiguratului.

**ANEXA Nr. 12**

**CONTRACT**  
**de furnizare de servicii medicale in asistenta**  
**medicala pentru specialitatea medicina fizica**  
**si de reabilitare in ambulatoriu**

**I. Partile contractante**

Casa de asigurari de sanatate . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon . . . . ., fax . . . . ., adresa e-mail . . . . ., reprezentata prin director general . . . . .  
si

- unitatea sanitara ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, reprezentata prin . . . . .;
- cabinetul medical de specialitate . . . . ., organizat potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, reprezentat prin . . . . .;
- societatea de turism balnear si de recuperare, constituita potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si care indeplineste conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatilor comerciale de turism balnear si de recuperare medicala, aprobata prin Legea nr. 143/2003 . . . . . reprezentata prin . . . . .;
- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . ., inclusiv al spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, reprezentat prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte; avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon . . . . ., fax . . . . ., e-mail . . . . .
- Centrul de sanatate multifunctional - unitate cu personalitate juridica (autorizat, si\*) evaluat, acreditat sau inregistrat in procesul de acreditare, potrivit dispozitiilor legale in vigoare) . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . ., ap. . . . ., judetul/sectorul . . . . ., telefon fix/mobil . . . . ., adresa e-mail . . . . ., fax . . . . . reprezentat prin . . . . .;

**NOTA:**

In situatia in care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidentia distinct, fiind mentionate adresa, telefon fix/mobil, adresa de e-mail.

**II. Obiectul contractului**

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023

**III. Serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu**

**Art. 2.** - Furnizorul acorda tipurile de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu asiguratilor, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu se face de catre urmatoorul personal medico sanitar:

1. . . . .;
2. . . . .;
3. . . . .

**Art. 4.** - Serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare, acordate in ambulatoriu in sistemul asigurarilor de sanatate, se acorda in baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare al carui model este

prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr . . . . . / . . . . . /2023.

#### IV. Durata contractului

**Art. 5.** - Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost incheiat contractul.

**Art. 6.** - Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul partilor, pe toata durata de aplicabilitate a Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate .

#### V. Obligatiile partilor

**Art. 7.** - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare, in ambulatoriu la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-Cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale, cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurari sociale de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor, motivarea sumelor decontate in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor numai daca furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu au in dotare aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr . . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023;

l) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe zi de tratament, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .../ . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023;

m) sa deconteze serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicina fizica si de reabilitare aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

n) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, in conditiile respectarii prevederilor art. 45 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023;

o) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

p) sa publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecarui furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu cu care se afla in relatii contractuale.

**Art. 8.** - Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de

Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate, documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa tina evidenta serviciilor de medicina fizica si de reabilitare, in ceea ce priveste tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata serviciului prin completarea unei fise de tratament intocmita conform recomandarilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicina fizica si de reabilitare;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului, sa acorde asiguratilor serviciile prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare; sa acorde servicii medicale persoanelor care nu detin cod numeric personal, prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data inregistrarii acestora in sistemul de asigurari sociale de sanatate;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru sa fie acoperit de fizioterapeut/fizioterapeuti care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel putin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

i) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

j) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

k) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond;

l) sa acorde servicii de asistenta medicala de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu asiguratilor numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare al carui model este prevazut in anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023; sa nu acorde servicii de asistenta medicala de medicina fizica si de reabilitare asiguratilor in baza unui Plan de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare acorda servicii medicale in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, serviciile se acorda pe baza Planului proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare al carui model este prevazut in anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023;

m) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

n) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

o) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. n), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii

serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

p) sa intocmasca evidente distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu detin cod numeric personal prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala.

q) sa asigure mentenanta si intretinerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificatiilor tehnice;

VI. Drepturile furnizorului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu

**Art. 9.** - Furnizorul de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu are urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;
- b) sa fie informat de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- d) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;
- e) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile de medicina fizica si de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme;
- f) sa fie indrumat in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

VII. Modalitati de plata

**Art. 10.** - Modalitatea de plata a serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare, acordate in ambulatoriu in sistemul asigurarilor de sanatate, este tariful pe serviciu medical - zi de tratament, exprimat in lei, pentru seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare, prevazute in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

**Art. 11.** - (1) Valoarea contractului rezulta din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numarul de servicii - Zile de tratament Negociat (orientativ)	Tarif pe serviciu medical - zi de tratament*)	Valoare lei
0	1	2	3=1*2
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri cu urmatoarele tarife/zi de proceduri			
50 LEI			
80 LEI			

\*) Tarifele pe serviciu medical - zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu sunt cele prevazute in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . / . . . /2023 si au avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - zi de tratament si numarului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate in ambulatoriu in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, este de . . . . . lei.

**Art. 12.** - (1) Decontarea lunara a serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare, acordate in ambulatoriu in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, se face pe baza numarului de zile de tratament medicina fizica si de reabilitare realizate in ambulatoriu si a tarifului pe zi de tratament in limita sumelor contractate, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . .

Tarifele pe zi de tratament se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc dupa cum urmeaza:

- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 si 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedura dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevazute la pozitiile 1, 26 - 29, 32, 32 - 34, 38 si 54, tariful pe zi este de 80 lei.

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Valoarea lunara de contract poate fi depasita cu maximum 10% cu conditia diminuarii valorii de contract din luna urmatoare, cu exceptia lunii decembrie, cu incadrarea in valoarea contractata pentru trimestrul

respectiv. In aceasta situatie, in cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, inregistrata pana cel tarziu in ultimele 3 zile lucratoare ale fiecarei luni, cu obligativitatea incadrarii in suma contractata in trimestrul respectiv.

In situatia in care la unii furnizori de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate fata de suma trimestriala prevazuta in contract/act aditional, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract/act aditional valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional cu furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care in acelasi trimestru si-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs pana la sfarsitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

Daca din valoarea trimestriala de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5%, se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

In trimestrul IV, al anului calendaristic in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se inregistreaza la sfarsitul fiecarei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Daca din valoarea lunara de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5%, se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs si pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

(2) Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera:

Suma anuala contractata este de . . . . . lei, din care:  
- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei, din care:  
- luna I . . . . . lei  
- luna II . . . . . lei  
- luna III . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei, din care:  
- luna IV . . . . . lei  
- luna V . . . . . lei  
- luna VI . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei, din care:  
- luna VII . . . . . lei  
- luna VIII . . . . . lei  
- luna IX . . . . . lei  
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei, din care:  
- luna X . . . . . lei  
- luna XI . . . . . lei  
- luna XII . . . . . lei.

(3) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare punct de lucru cu care s-a incheiat contractul:

a) Fizioterapeut

Nume: . . . . . Prenume: . . . . .  
Grad profesional: . . . . .  
Cod numeric personal: . . . . .  
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi  
b) Categorie personal medico-sanitar

NOTA

In cazul ambulatoriului integrat al spitalului si din centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica organizat in structura spitalului, se va completa cu program de lucru stabilit in ambulatoriului integrat al spitalului, precum si cu datele aferente tuturor persoanelor care isi desfasoara activitatea in sistem integrat si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului.

**Art. 13.** - Plata serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, acordate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, se face in contul nr. . . . . , deschis la Trezoreria statului, sau contul nr.

. . . . . , deschis la Banca . . . . .

VIII. Calitatea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu

**Art. 14.** - Serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, furnizate in baza prezentului contract, trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

IX. Raspunderea contractuala

**Art. 15.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

**Art. 16.** - Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar, se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

X. Clauze speciale

**Art. 17.** - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea

care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, mari inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile ca lendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen. In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

**Art. 18.** - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

XI. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului

**Art. 19.** - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii, b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii;

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 8 lit. a), c), d), g), i), j), m) si

p) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

(3) In cazul in care in perioada derularii contractului structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuarii acestora pe baza evidentelor proprii, se aplica drept sanctiune o suma stabilita prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii si se recupereaza contravaloarea acestor servicii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 8 lit. f),

h) si k) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(5) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (4) se aplica gradual pe o perioada de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(6) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(7) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele iesite din perioada de garantie, se recupereaza suma corespunzatoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toata perioada pentru care furnizorul nu detine acest document

(8) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (4), (6) si (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care a nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (4), (6) si (7), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare furnizor, dupa caz.

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4), (6) si (7) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(11) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin.(1) - (4), (6) si (7) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

**Art. 20.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 42 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

- b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;
- d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.
- e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca autorizatia de libera practica eliberata de Colegiul Fizioterapeutilor din Romania/ certificat de membru OAMGMAMR nu este avizata/ avizat pe perioada cat fizioterapeutul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
- f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioada de maximum 30 de zile pe an calendaristic, in situatii care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. f) pentru perioada de suspendare, valoarea lunara de contract nu se reduce proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea, daca valoarea lunara de contract a fost epuizata anterior perioadei de suspendare; in situatia in care valoarea lunara de contract nu a fost epuizata aceasta se diminueaza cu suma ramasa neconsumata pana la data suspendarii

**Art. 21.** - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

- a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acesteia;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului;
- e) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a fizioterapeutului /personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;
- h) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 19 alin. (1) - (4).

**Art. 22.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:
- a1) furnizorul de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu, dupa caz; a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;
- a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in ambulatoriu sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;
- e) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 20 alin.

(1) lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica potrivit prevederilor alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 23.** - (1) Situatiile prevazute la art. 21 si la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constata de catre casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

**Art. 24.** - Prezentul contract poate fi reziliat de catre partile contractante datorita neindeplinirii obligatiilor contractuale, sub conditia notificarii intentiei de reziliere cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste rezilierea.

#### XII. Corespondenta

**Art. 25.** - Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronica sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul furnizorului declarat in contract.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in situatia in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte.

#### XIII. Modificarea contractului

**Art. 26.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

**Art. 27.** - (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contractare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondului aprobat pentru asistenta de medicina fizica si de reabilitare, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

**Art. 28.** - Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

#### XIV. Solutionarea litigiilor

**Art. 29.** - (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin.

(1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

#### XV. Alte clauze

. . . . .  
Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi . . . . .  
., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei economice, . . . . . Director executiv al Directiei Relatii contractuale, . . . . . Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Reprezentant legal, . . . . .
--	---

ANEXA Nr. 13

#### LISTA

cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic si Angina pectorala instabila
2. Malformatii congenitale si boli genetice
3. Boala cronica de rinichi - faza predializa
4. Insuficienta cardiaca cronica
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrita cronica juvenila
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozita, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulara
8. Anemii hemolitice endo si exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragica
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragica ereditara



12. Purpura trombopenica idiopatica
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotica trombocitopenica
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Tulburari psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburari schizotipale si delirante, grup diagnostic tulburari ale dispozitiei, autism, ADHD, boli psihice la copii), tulburare obsesiv-compulsiva, tulburari de neurodezvoltare la copii si adulti, tulburare posttraumatica de stres, tulburari specifice de personalitate.
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizatie percutanata, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afectiuni postoperatorii si ortopedice pana la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronic
28. Boli degenerative ale ochiului (glaucom si boli maculare)
29. Statuspost AVC
30. Boala celiaca la copil
31. Boala cronica inflamatorie intestinala (boala Crohn si colita ulceroasa)
32. Sindromul Schwachmann
33. Hepatita cronica de etiologie virala B, C si D si ciroza hepatica in tratament cu imuno-moduloare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
34. Boala Hirschprung
35. Bolile nutritionale la copii (malnutritia protein-calorica la sugar si copii, anemiile carentiale pana la normalizare hematologica si biochimica) si obezitatea pediatrica
36. Bronsiectazia si complicatiile pulmonare supurative
37. Scleroza multipla
38. Demente degenerative, vasculare, mixte
39. Starea posttransplant
40. Insuficienta renala cronica - faza de dializa
41. Bolile rare prevazute in Programele nationale cu scop curativ
42. Afectiuni oncologice si oncohematologice
43. Diabetul zaharat cu sau fara complicatii
44. Boala Gaucher
45. Boala Graves-Basedow si alte forme de hipertiroidism
46. Dermatita atopica
47. Boala Cushing
48. Paraliziiile cerebrale
49. Epilepsia
50. Boala Parkinson
51. Poliartrita reumatoida, artropatia psoriazica, spondilita anchilozanta, psoriazis cronic sever
52. Afectiuni ale copilului 0 - 1 an
53. Anomalii de miscare binoculara (strabism, forii) copii 0 - 18 ani
54. Vicii de refractie si tulburari de acomodare copii 0 - 18 ani
55. Afectiuni ale aparatului lacrimal (0 - 3 ani)
56. Infarctul intestinal operat
57. Arteriopatii periferice operate
58. Insuficienta respiratorie cronica severa
59. Hemofilie, deficitul congenital de factor VII, trombostenia Glanzmann, talasemie
60. Sifilisul genital primar si sifilisul secundar al pielii si mucoaselor
61. HIV/SIDA
62. Hemipareze, parapareze si tetrapareze indiferent de etiologie.

NOTA 1:

Prezentarea la medicul/medicii din specialitatea/specialitatile care trateaza afectiunile de mai sus se face direct fara bilet de trimitere.

NOTA 2 :

Medicul de specialitate trebuie sa informeze, cel putin o data pe an, medicul de familie prin scrisoare medicala daca au intervenit sau nu schimbari in evolutia bolii si in atitudinea terapeutica.

NOTA 3:

Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidentiat management de caz.

**ANEXA Nr. 14**

**CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI PACHETULUI  
DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN AMBULATORIUL DE  
SPECIALITATE PENTRU MEDICINA DENTARA**

**A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU MEDICINA DENTARA**

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei	Suma decontata de CAS		
			Copii 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consultatie - include controlul oncologic stomatologic, evidentierea placii bacteriene prin	149	100%	100%	100%

	colorare, dupa caz si planul de tratament *) Se deconteaza o singura consultatie la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani si o consultatie la 6 luni pentru copiii pana la 18 ani.				
2.	Tratamentul cariei simple	157	100%	100%	100%
2.1.	Obturatia dintelui dupa tratamentul afectiunilor pulpare sau al gangrenei	207	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgenta al traumatismelor dento-alveolare/ dinte	196	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afectiunilor pulpare cu anestezie	269	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	314	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie	131	100%	100%	100%
7.1.	Tratamentul afectiunilor mucoasei bucale	76	100%	60%	100%
8.	Extractia dintilor temporari cu anestezie	76	100%	60%	100%
9.	Extractia dintilor permanenti cu anestezie	162	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei **) In situatia in care se efectueaza in aceeasi sedinta in care a fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigurari de sanatate	112	100%	100%	100%
11.	Decapuserarea	87	100%		
12.	Reducerea luxatiei articulatiei temporo-mandibulare	86	100%	100%	100%

13.***)	Proteza acrilica mobilizabila pe arcada ***) Se deconteaza o data la 4 ani.	1145		100%	100%
13.1.***)	Reparatie proteza ***) Se deconteaza de doua ori pe an.	138		100%	100%
13.2.***)	Rebazare proteza ***) Se deconteaza de doua ori pe an	202		100%	100%
14.	Element protetic fizionomic	224	100%	60%	100%
15.	Element protetic semi-fizionomic	258	100%	60%	100%
16.	Reconstituire coroana radiculara	263	100%	60%	100%
17.*****)	Deconditionarea tulburarilor functionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + barbita si capelina	866	100%		
18.	Reeducarea functionala prin exercitii, miogimnastica, etc./sedinta	22	100%		
19.*****)	Aparate si dispozitive utilizate in tratamentul malformatiilor congenitale	1.094	100%		
20.	Slefuirea in scop ortodontic/dinte	28	100%		
21.*****)	Reparatie aparat ortodontic *1) Se deconteaza pentru tinerii de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventii de liceu, pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca *****) Se acorda numai de medicii de specialitate in ortodontie si	583	100%	100%*1)	

	ortopedie dento-faciala.				
22.	Mentinatoare de spatiu mobile	656	100%		
23. *****)	Sigilare/dinte *****) O procedura decontata la 2 ani.	108	100%		
24.	Fluorizare (pe o arcada dentara) *2) se deconteaza pentru copii cu varsta cuprinsa intre 6 si 14 ani	94	100%*2)		
25.	Detartraj cu ultrasunete si periaj profesional /ambele arcade/un serviciu/an/CNP	150	100%	100%	100%

NOTA:

In cadrul grupei de varsta peste 18 ani - numai pentru tinerii de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventii de liceu, pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenti, studentii-doctoranzi care desfasoara activitati didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, in limita a 4 - 6 ore conventionale didactice pe saptamana, precum si persoanele care urmeaza modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldati sau gradati profesionisti si daca nu realizeaza venituri din munca, casele de asigurari de sanatate deconteaza 100% tarifele aferente serviciilor de medicina dentara pentru care in tabelul de mai sus este prevazut procentul de 60%.

1. Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii de baza pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti/medicii stomatologi, cu exceptia celor de la codurile 17, 19 si 21 din tabel.

2. Serviciile de medicina dentara de urgenta sunt prevazute la codurile 2.2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13.1, 13.2 si 21 din tabel.

3. Dentistii acorda numai serviciile prevazute la codurile 1, 2, 2.1, 4, 23 si 25 din tabel.

4. Formula dentara:

Dinti permanenti:

- 11 - incisiv central dreapta sus
- 12 - incisiv lateral dreapta sus
- 13 - canin dreapta sus
- 14 - primul premolar dreapta sus
- 15 - al doilea premolar dreapta sus
- 16 - primul molar dreapta sus
- 17 - al doilea molar dreapta sus
- 18 - al treilea molar dreapta sus
- 21 - incisiv central stanga sus
- 22 - incisiv lateral stanga sus
- 23 - canin stanga sus
- 24 - primul premolar stanga sus
- 25 - al doilea premolar stanga sus
- 26 - primul molar stanga sus
- 27 - al doilea molar stanga sus
- 28 - al treilea molar stanga sus
- 31 - incisiv central stanga jos
- 32 - incisiv lateral stanga jos
- 33 - canin stanga jos
- 34 - primul premolar stanga jos
- 35 - al doilea premolar stanga jos
- 36 - primul molar stanga jos
- 37 - al doilea molar stanga jos
- 38 - al treilea molar stanga jos
- 41 - incisiv central dreapta jos
- 42 - incisiv lateral dreapta jos
- 43 - canin dreapta jos
- 44 - primul premolar dreapta jos
- 45 - al doilea premolar dreapta jos
- 46 - primul molar dreapta jos
- 47 - al doilea molar dreapta jos
- 48 - al treilea molar dreapta jos

Dinti temporari

- 51 - incisiv central dreapta sus
- 52 - incisiv lateral dreapta sus
- 53 - canin dreapta sus
- 54 - molar dreapta sus
- 55 - molar dreapta sus
- 61 - incisiv central stanga sus
- 62 - incisiv lateral stanga sus
- 63 - canin stanga sus
- 64 - molar stanga sus
- 65 - molar stanga sus
- 71 - incisiv central stanga jos
- 72 - incisiv lateral stanga jos

73 - canin stanga jos  
 74 - molar stanga jos  
 75 - molar stanga jos  
 81 - incisiv central dreapta jos  
 82 - incisiv lateral dreapta jos  
 83 - canin dreapta jos  
 84 - molar dreapta jos 85 - molar dreapta jos  
 5. In cazul dintilor supranumerari se indica codul dintelui cu specificatia "supranumerar".

Data fiind incidenta dintilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinti supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontata de CAS
1.*)	Consultatie - include controlul oncologic stomatologic, evidentierea placii dentare prin colorare, dupa caz si planul de tratament *) Se deconteaza o singura consultatie la un interval de 12 luni pentru persoanele peste 18 ani si o consultatie la 6 luni pentru copiii pana la 18 ani.	149	100%
2.2.	Tratamentul de urgenta al traumatismelor dento-alveolare/dinte	196	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%
7.	Tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie	131	100%
10. *)	Chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei *) In situatia in care se efectueaza in aceeasi sedinta in care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurari de sanatate.	112	100%
12.	Reducerea luxatiei articulatiei temporo-mandibulare	86	100%
13.1**)	Reparatie proteza **) Se deconteaza o data pe an.	138	100%
13.2**)	Rebazare proteza **) Se deconteaza o data pe an.	202	100%

6. Medicii de medicina dentara pot efectua radiografiile dentare (retroalveolara si panoramica) si tomografiile dentare CBCT (mandibulara, maxilara si bimaxilara) cuprinse in anexa nr. 17 la ordin ca o consecinta a actului medical propriu, pentru asiguratii pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului, sau pe baza de bilet de trimitere de la un alt medic de medicina dentara, daca au autorizatiile necesare efectuarii acestor servicii si dotarile necesare; decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice in limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara incheie cu casele de asigurari de sanatate acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicina dentara.

7. Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevazute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 si

13 se suporta din fond in mod diferentiat, dupa cum urmeaza:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistratilor care au fost inlaturati din justitie pentru considerente politice in perioada anilor 1945 - 1989, cu modificarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati sanitare de stat, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%;
- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de stat sau militare, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%;
- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunostintei pentru victoria Revolutiei Romane din Decembrie 1989, pentru revolta muncitoreasca anticomunista de la Brasov din noiembrie 1987 si pentru revolta muncitoreasca anticomunista din Valea Jiului - Lupeni - august 1977, cu modificarile si completarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de

stat sau militare, din subordinea Ministerului Sanatatii, Ministerului Apararii Nationale si Ministerului Afacerilor Interne, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%;  
- pentru celelalte categorii de asigurati beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 100%;  
8. Tarifele pentru actele terapeutice prevazute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20 si 23 sunt corespunzatoare pentru o unitate dentara - pentru un dinte.  
9. Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta organizata conform legii.  
B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARA

**NOTA:**

1. Dentistii acorda numai serviciile prevazute la codurile 1 si 4 din tabelul de la litera B.  
2. Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta organizata conform legii.  
3. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate - radiografii dentare, tomografii dentare CBCT si tratamentul prescris.  
C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/ REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII  
1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute in tabelul de la lit. B din prezenta anexa, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania.  
2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute in tabelul de la lit. A din prezenta anexa, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.  
3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, pot beneficia dupa caz, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute in tabelul de la lit. A din prezenta anexa, sau de serviciile medicale de medicina dentara prevazute in tabelul de la lit. B din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

**ANEXA Nr. 15**

**MODALITATILE DE PLATA  
in asistenta medicala ambulatorie de  
specialitate pentru specialitatea medicina dentara**

**Art. 1.** - Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicina dentara se face prin tarif pe serviciu medical in lei.

**Art. 2.** - Lista serviciilor medicale de medicina dentara si a tratamentelor de medicina dentara, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicina dentara, si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in anexa nr. 14 la ordin.

**Art. 3.** - (1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicina dentara/dentisti se au in vedere:

- suma alocata fiecarei case de asigurari de sanatate pentru servicii de medicina dentara;
- numarul de medici de medicina dentara si dentisti care intra in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate;
- gradul profesional. Pentru medicul primar se aplica o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obtinut un grad profesional se aplica o diminuare de 20%;
- pentru medicii din mediul rural suma ajustata cu gradul profesional se majoreaza cu 50%;
- suma orientativa/medic specialist/luna la nivel national este de 6.000 lei/luna. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si luni.

(2) Lunar casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara serviciile medicale de medicina dentara furnizate in limita valorii trimestriale de contract. Furnizorii de servicii medicale de medicina dentara pot efectua servicii medicale peste valoarea lunara de contract/act aditional in limita a maxim 10%, cu exceptia lunii decembrie, cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii de contract/act aditional a lunii urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru trimestrul respectiv.

(3) In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina dentara se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate, fata de suma trimestriala prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care in trimestrul respectiv si-au epuizat valoarea de contract si se repartizeaza proportional, corespunzator elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract. Daca din valoarea trimestriala de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5% se considera ca a fost epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina dentara acordate de la data incheierii actului aditional.

Prin exceptie, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina dentara se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate, fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract.

Daca din valoarea lunara de contract a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5% se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma

neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina dentara acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional.

(4) Pentru incadrarea in suma defalcata trimestrial cabinetele de medicina dentara pot intocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicina dentara, daca este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul in curs cu destinatia servicii medicale dentare se contracteaza de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte, respectiv acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguratilor de la data incheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului aditional la contractul initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de contractare.

**Art. 4.** - In tarifele tratamentelor protetice sunt incluse si cheltuielile aferente activitatilor de tehnica dentara. Plata acestora se face de catre reprezentantul legal al cabinetului de medicina dentara direct catre laboratorul de tehnica dentara autorizat conform legii.

**Art. 5.** - Casele de asigurari de sanatate tin evidenta serviciilor de medicina dentara pe fiecare asigurat si pe fiecare cod din formula dentara prevazuta in anexa nr. 14 la ordin.

**Art. 6.** - Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

**Art. 7.** - Contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara care nu se regasesc in anexa nr. 14 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul medical, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat. In aceste situatii furnizorii de servicii medicale nu elibereaza bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

**Art. 8.** - In cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati numai medici dentisti/medici stomatologi si/sau dentisti, precum si alte categorii de personal, in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare. Medicii dentisti/medicii stomatologi sau dentistii angajati in cabinete medicale individuale nu raporteaza activitate medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii dentisti/medicii stomatologi/dentistii pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, utilizand formularul de prescriptie medicala electronica/formularul de prescriptie medicala cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, dupa caz, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente. Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

**Art. 9.** - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale medicilor de medicina dentara intalniri cu medicii de medicina dentara pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Anunturile privind data si locul desfasurarii intalnirilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii. Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de medicina dentara din ambulatoriu masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii.

**ANEXA Nr. 16**

- model -

**CONTRACT DE FURNIZARE  
de servicii de medicina dentara in asistenta medicala  
de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea  
medicina dentara**

**I. Partile contractante**

Casa de asigurari de sanatate . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . ., CUI . . . . ., str. . . . . nr. . . . .  
judetul/sectorul . . . . ., telefon/fax . . . . ., e-mail . . . . .,  
reprezentata prin Director general . . . . .,  
si

- Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare:

- cabinetul individual . . . . ., CUI . . . . . reprezentat prin medicul  
dentist/medicul stomatolog/dentistul titular . . . . . ;

- cabinetul asociat sau grupat . . . . ., CUI . . . . . reprezentat prin medicul  
dentist/medicul stomatolog/dentistul delegat . . . . . ;

- societatea civila medicala . . . . ., CUI . . . . . reprezentata prin administrator  
. . . . . ;

- unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor  
nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare . . . . ., CUI . . . . .  
. . . . . reprezentata prin  
. . . . . ;

- Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retele  
sanitare proprii . . . . ., CUI . . . . . reprezentata prin . . . . . ;

- ambulatoriul de specialitate si ambulatoriul integrat din structura spitalului . . . . .,  
inclusiv al spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii  
publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, CUI . . . . . reprezentat prin . . . . .  
. . . . ., in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic si tratament, centru medical si unitatea medicala cu personalitate juridica  
. . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI, . . . . ., str. . . . .  
. . . . . nr. . . . ., bl. . . . ., sc. . . . ., et. . . . .  
. . . . ., ap. . . . . judetul/sectorul . . . . ., telefon . . . . . fax . . . . .  
. . . . ., e-mail  
. . . . ., reprezentat prin . . . . .

- Centrul de sanatate multifunctional (cu sau fara personalitate juridica), inclusiv cele apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie . . . . . , avand sediul in municipiul/orasul . . . . . CUI, . . . . . , str. . . . . nr. . . . . , bl. . . . . , sc. . . . . , et. . . . . , ap. . . . . judetul/sectorul . . . . . , telefon fix/mobil . . . . . , adresa de e-mail . . . . . , fax . . . . . , reprezentat prin . . . . .

NOTA:  
In situatia in care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidentia distinct, fiind mentionate adresa, telefon fix/mobil, adresa de e-mail.

II. Obiectul contractului

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor de medicina dentara in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara, conform Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotararii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

**Art. 2.** - Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara acorda asiguratilor serviciile de medicina dentara cuprinse in pachetul de servicii de baza si in pachetul minimal de servicii de medicina dentara, prevazute in anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, in urmatoarele specialitati:

- a) . . . . .
- b) . . . . .
- c) . . . . .

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale de medicina dentara din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicina dentara se face de catre urmasorii medici dentisti/medici stomatologi/dentisti:

- 1. . . . .
- 2. . . . .
- 3. . . . .
- 4. . . . .

IV. Durata contractului

**Art. 4.** - Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost incheiat contractul.

**Art. 5.** - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Hotararii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligatiile partilor

**Art. 6.** - In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care indeplinesc conditiile de eligibilitate, si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, in limita valorii de contract;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- d) sa informeze furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;
- e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;
- f) sa efectueze controlul activitatii furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare;
- g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicina dentara sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de platforma informatica din asigurarile de sanatate;
- h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;
- i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor motivarea sumelor decontate in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii



sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in PIAS, permanent, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa contracteze si sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara si contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice (radiografie dentara retroalveolara, radiografie panoramica si tomografie dentara CBCT), numai daca medicii stomatologi au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /... .. /2023.

l) sa contracteze servicii medicale de medicina dentara, respectiv sa deconteze serviciile medicale de medicina dentara efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite in anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /... .. /2023;

m) sa puna la dispozitia furnizorilor de servicii de medicina dentara cu care se afla in relatii contractuale, formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

n) sa publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecarui furnizor de servicii de medicina dentara cu care se afla in relatii contractuale.

**Art. 7.** - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze persoanele asigurate si neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web (prin afisare intr-un loc vizibil),

2. pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare si partea de contributie personala suportata de asigurat; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate, documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substanelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform instructiunilor privind modul de utilizare si completare a acestora; sa asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementeaza;

2. formularului de scrisoare medicala; medicul stomatolog/dentistul elibereaza scrisoare medicala pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea;

3. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform normelor metodologice privind utilizarea si modul de completare a formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 674/252/2012, cu modificarile si completarile ulterioare;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare; sa acorde servicii medicale persoanelor care nu detin cod numeric personal, prevazute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) si

f) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data inregistrarii acestora in sistemul de asigurari sociale de sanatate;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /... .. /2023, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicina dentara, cu cel putin trei zile inainte datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care are obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) sa asigure acordarea asistentei medicale de medicina dentara necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde

asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

j) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

k) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicu lui prescriptor;

l) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

m) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in transa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

n) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate si a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

o) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

p) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

q) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

r) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurari cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

s) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. r) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale efectuate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

s) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu detin cod numeric personal prevazute la art. 225 alin. (1) lit.

a), e) si f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala

t) sa respecte, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, sau ca medicamentul este produs biologic.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara

**Art. 8.** - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . / . . . . . /2023, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa incaseze de la asiguratii contributia personala reprezentand diferenta dintre tariful serviciului medical prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.

..... / ..... /2023 si suma decontata de casele de asigurari de sanatate corespunzatoare aplicarii procentului de compensare la tariful serviciului medical, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .... / ..... /2023;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa informeze persoanele asigurate si neasigurate cu privire la valoarea de contract stabilita in contractual incheiat cu casa de asigurari de sanatate, prin afisare intr-un loc vizibil.

#### VII. Modalitati de plata

**Art. 9.** - Modalitatea de plata in asistenta medicala dentara din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical in lei.

**Art. 10.** - Decontarea serviciilor de medicina dentara se face pe baza tarifelor acestora si in conditiile prevazute in anexa nr. 14 respectiv in anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .... / ..... /2023 si in limita sumei contractate si defalcate trimestrial si lunar/cabinet/medic, stabilita conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul mentionat mai sus.

Suma anuala contractata este de ..... lei,  
din care:

- Suma aferenta trimestrului I ..... lei, din care:

- luna I ..... lei

- luna II ..... lei

- luna III ..... lei

- Suma aferenta trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei

- luna V ..... lei

- luna VI ..... lei

- Suma aferenta trimestrului III ..... lei din care:

- luna VII ..... lei

- luna VIII ..... lei

- luna IX ..... lei

- Suma aferenta trimestrului IV ..... lei din care:

- luna X ..... lei

- luna XI ..... lei

- luna XII ..... lei.

**Art. 11.** - (1) Decontarea serviciilor de medicina dentara se face lunar, in maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, la data de ....., pe baza facturii si a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data de .....

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecarui trimestru suma contractata se regularizeaza conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .... / ..... /2023.

(2) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical\*) si fiecare medic dentist/ medic stomatolog/dentist din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic dentist/medic stomatolog/dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafa al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic dentist/ medic stomatolog/dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafa al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

\*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi desfasoara activitatea in sistem integrat.

#### VIII. Calitatea serviciilor medicale

**Art. 12.** - Serviciile de medicina dentara furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

#### IX. Raspunderea contractuala

**Art. 13.** - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale, partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune- interese.

#### X. Clauze speciale

**Art. 14.** - (1) Orice împrejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

**Art. 15.** - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

XI. Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicina dentara

**Art. 16.** - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;  
b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

(2) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata nerespectarea uneia sau mai multor obligatii prevazute la art. 7 lit. a), c), d), g), i) - l), n, o), q), s) si t), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice (radiografii si tomografii dentare) care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;  
b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.  
c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in perioada derularii contractului structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si alte organe competente, constata ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuarii acestora pe baza evidentelor proprii, se aplica drept sanctiune o suma stabilita prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii si se recupereaza contravaloarea acestor servicii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. f),

h) si m) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;  
b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;  
c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. p), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;  
b) incepand cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic.

Pentru punerea in aplicare a sanctiunii nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. p) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de Hotararea Guvernului nr. 521/2023.

(6) Sanctiunile prevazute la alin. (1) - (5) se aplica gradual pe o perioada de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculeaza de la data aplicarii primei sanctiuni.

(7) In cazul in care in perioada derularii contractului se constata neindeplinirea uneia sau mai multor conditii de eligibilitate, casele de asigurari de sanatate recupereaza contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate si care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a indeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (5) si (7), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite in urma aplicarii prevederilor alin. (1) - (5) si (7) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(11) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (5) si (7) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeași destinatie.

**Art. 17.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricarua dintre documentele prevazute la art. 58 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 521/2023, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada de maximum 30 de zile calendaristice, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual pana la incetarea suspendarii acestei calitati/exercitiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum si pentru unitatile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic si tratament, centrele medicale, centrele de sanatate multifunctionale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate si care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMSR/membru al OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, acesta nemaiputand desfasura activitate in cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile de medicina dentara.

**Art. 18.** - Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de medicina dentara nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, documentele solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare, in urma controlului efectuat, a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recupereaza;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat,

contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 16 alin. (1) - (4).

**Art. 19.** - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicina dentara isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiintare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 17 alin.

(1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) si (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, dupa caz.

**Art. 20.** - Situatiile prevazute la art. 18 si la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu/prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

#### XII. Corespondenta

**Art. 21.** - (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin posta electronica sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in situatia in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte.

#### XIII. Modificarea contractului

**Art. 22.** - (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicina dentara, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

**Art. 23.** - Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

**Art. 24.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

#### XIV. Solutionarea litigiilor

**Art. 25.** - (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin.

(1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

#### XV. Alte clauze

. . . . .  
Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicina dentara in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Director general, . . . . . Director executiv al Directiei Economice, . . . . . Director executiv al Directiei Relatii Contractuale, . . . . . Vizat Juridic, contencios . . . . .	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINA DENTARA Reprezentant legal, . . . . .
---	--

#### ACT ADITIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentara retroalveolara, radiografia dentara panoramica si tomografiile dentare CBCT efectuate de medicii de medicina dentara

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 17

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

1. Lista investigatiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate - lei -
		Hematologie	
1.	2.6001	Hemoleucograma completa *1)*16) - hemoglobina, hematocrit, numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, numaratoare trombocite, formula leucocitara, indici eritrocitari	14,62
2.	2.6002	Numaratoare reticulocite	7,58
3.	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	24,29
4.	2.6040	VSH*1)	2,74
5.	2.60501	Determinare la gravida a grupului sanguin ABO*1) *16)	9,84
6.	2.60502	Determinare la gravida a grupului sanguin Rh*1) *16)	10,28
7.	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravida*16)	10,16
8.	2.6101	Timp Quick si INR*1) *16) (International Normalised Ratio)	15,32
9.	2.6102	APTT*16)	15,51
10.	2.6103	Fibrinogenemie*1) *16)	14,28
		Biochimie - serica si urinara	
11.	2.1002	Proteine totale serice*1) *16)	7,65
12.	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	16,52
13.	2.10063	Feritina serica*1) *16)	40,00
14.	2.1011	Uree serica*1) *16)	6,11
15.	2.1012	Acid uric seric*1) *16)	6,11
16.	2.1014	Creatinina serica*1) *16), cu estimarea ratei de filtrare glomerulara**)	6,18
17.	2.1015	Bilirubina totala*1) *16)	6,37
18.	2.1016	Bilirubina directa*1) *16)	6,37
19.	2.1020	Glicemie*1) *16)	5,99
20.	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,99
21.	2.10304	HDL colesterol*1)	8,55
22.	2.10305	LDL colesterol*1)	8,02
23.	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,35
24.	2.10402	TGP*1) *16)	6,11
25.	2.10403	TGO*1) *16)	6,08
26.	2.10404	Creatinkinaza CK*1)	12,61
27.	2.10406	Gama GT*1) *16)	8,34
28.	2.10409	Fosfataza alcalina*1) *16)	8,13
29.	2.10500	Sodiu seric*1) *16)	10,44
30.	2.10501	Potasiu seric*1) *16)	11,96
31.	2.10503	Calciu seric total*1) *16)	5,60
32.	2.10504	Calciu ionic seric*1) *16)	8,22
33.	2.10505	Magneziemie*1) *16)	5,84
34.	2.10506	Sideremie*1) *16)	7,41
35.	2.10062	Transferina serica*1)	30,00
36.	2.10507	Fosfor (fosfat seric)*9)	13,00
37.	2.2600	Examen complet de urina (sumar + sediment)*1) *16)	9,75

38.	2.2604	Dozare proteine urinare*1) *16)	7,24
39.	2.2612	Microalbuminuria (albumina urinara)*8)	28,7
40.	2.2622.1	Raport albumina/creatinina intr-un esantion de urina spontana*1) *8)	45,00
41.	2.43092	Albumina serica*8) *16)	14,00
42.	2.2622	Dozare glucoza urinara*1)	7,24
43.	2.2623	Creatinina urinara*8)	10,78
44.	2.1020.1	TTGO (test de toleranta la glucoza per os) *10) *16)	35,00
45.	2.1026	HBAlc *10) *16)	38,00
46.	2.10412	Alfa Amilaza serica	15,00
47.	2.10413	Lipaza serica	15,00
48.	2.10400	Lactatdehidrogenaza (LDH)	10,00
49.	2.1065	Rezerva alcalina ( determinarea Bicarbonatului seric)	23,56
50.	2.1071	Vitamina B 12 *1)	38,00
51.	2.1074	Acid folic *1)	48,00
		Imunologie si imunochimie	
52.	2.2500	TSH*1) *16)	21,39
53.	2.2502	FT4*1) *16)	21,74
54.	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	47,50
55.	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	30,04
56.	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	30,04
57.	2.2514	Cortizol	35,14
58.	2.2521	Testosteron	39,27
59.	2.2522	Estradiol	31,07
60.	2.2523	Progesteron	33,02
61.	2.2525	Prolactina	31,92
62.	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	44,21
63.	2.327092	Ag HBs*1) *16)	35,22
64.	2.327093	Anticorpi Anti HCV*1) *16)	64,90
65.	2.32710	Testare HIV la gravida*1) *16)	41,98
66.	2.40000	ASLO*1)	12,98
67.	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1) *16)	6,68
68.	2.40013	Confirmare TPHA*4)	14,70
69.	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	43,48
70.	2.430011	Complement seric C3	14,14
71.	2.430012	Complement seric C4	14,14
72.	2.43010	IgG seric	19,27
73.	2.43011	IgA seric	19,27
74.	2.43012	IgM seric	19,70
75.	2.43014	IgE seric	18,02
76.	2.40053	Proteina C reactiva*1) *16)	11,60
77.	2.43040	Factor reumatoid*1)	10,15
78.	2.43044	ATPO	42,39
79.	2.43135	PSA*1)	24,07
80.	2.43136	free PSA*6)	31,83
		Microbiologie	
		Exudat faringian	
81.	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian*1) *16), cultura si identificare streptococi beta- hemolitici gr. A, C, G	16,62
82.	2.50102	Examen fungic din exsudat faringian *11) - cultura si identificare pana la nivel de specie	19,95
		Examen urina	



83.	2.3100	Urocultura*1) *16) - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,96
		Examene materii fecale	
84.	2.3062	Coprocultura*1) - cultura si identificare bacteriana	19,95
85.	2.5100	Examen coproparazitologic*1)	13,54
86.	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	31,53
		Examene din secretii genitale	
87.	2.3074	Examene din secretii vaginale - Examen microscopic nativ si/sau colorat *1) *16)	19,95
88.	2.30701	Examene din secretii cervicale - cultura si	20,00
		identificare bacteriana	
89.	2.30741	Examene din secretii vaginale - cultura si identificare bacteriana	20,00
90.	2.30643	Examene din secretii vaginale - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
91.	2.30643.1	Examene din tampon rectal - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
92.	2.50114	Examene din secretii vaginale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica*1) *16)	19,95
		Examene din secretii uretrale	
93.	2.3080	Examene din secretii uretrale*1) - microscopic colorat, cultura si identificare bacteriana	20,61
		Examene din secretii otice	
94.	2.3050	Examen din secretii otice *12) - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	20,61
		Examene din secretii nazale	
95.	2.3022	Examen bacteriologic exudat nazal cultura si identificare Staphylococcus aureus (MRSA/MSSA) *13)	18,62
		Examene din secretii conjunctivale	
96.	2.3040	Examen microbiologic din secretii conjunctivale*14) - Examen microscopic, cultura si identificare bacteriana	20,61
		Examene din colectie purulenta	
97.	2.5032	Examen bacteriologic din colectie purulenta *1) - Examen microscopic colorat, cultura si identificare bacteriana	20,61
98.	2.501202	Examen fungic din colectie purulenta *15) - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	20,61
		Testarea sensibilitatii la substante antimicrobiene si antifungice	
99.	2.313	Antibiograma*5)	15,42
100.	2.502	Antifungigrama*5)	19,61
		Examinari histopatologice, citologice si imunohistochimice	
101.	2.90211	Examen histopatologic procedura completa HE (1 - 3 blocuri)*7)	145,00

102.	2.90212	Examen histopatologic procedura completa HE (4 - 6 blocuri)*7)	280,00
103.	2.90101	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (1 - 3 blocuri)*7)	190,00
104.	2.90102	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (4 - 6 blocuri)*7)	320,00
105.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	240/set
106.	2.9022	Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafina (1 - 3 blocuri)	134,80
107.	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babes- Papanicolau*1) *16)	48,70
108.	2.9025	Citodiagnostic lichid de punctie	89,00

NOTA 1:

\*) Un set cuprinde 1 - 4 teste si se deconteaza maxim 2 seturi; se efectueaza la recomandarea medicilor de specialitate din specialitatile oncologie si hematologie sau fara recomandarea medicului specialist pe raspunderea medicului de specialitate anatomie patologica atunci cand apreciaza necesar pentru stabilirea diagnosticului.

\*\*) Laboratoarele inscriu pe buletinele de analiza rata estimata a filtrarii glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice. In situatia in care pe buletinele de analiza nu este inscrisa rata estimata a filtrarii glomerulare (eRGF), investigatia nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate.

\*1) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie si de medicii cu supraspecializare/competenta/atestat de ingrijiri paliative care au incheiat contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de ingrijiri paliative in ambulatoriul clinic.

\*2) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie numai pentru gravide si contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

\*3) Se deconteaza numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, fara recomandarea medicului specialist sau de familie, pe raspunderea medicului de laborator.

\*4) Se deconteaza numai in cazul in care VDRL sau RPR este pozitiv, fara recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din specialitatile clinice, pe raspunderea medicului de laborator.

\*5) Se deconteaza numai in cazul in care cultura este pozitiva, fara recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitatile clinice, pe raspunderea medicului de laborator/microbiologie medicala. Se deconteaza o antibiograma/antifungigrama, dupa caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

\*6) Se recomanda pentru bolnavii cu afectiuni oncologice, de catre medicii de specialitate din specialitatile clinice oncologie si hematologie si de catre medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferential al cancerului de prostata. Aceasta investigatie se deconteaza si fara recomandarea medicului de specialitate din specialitatile clinice, numai pentru valori determinate ale PSA care depasesc 4 nanograme/ml sau 4 micrograme/litru, prin decizia medicului de laborator.

\*7) Tariful cuprinde bloc inclus la parafina, sectionare, colorare hematoxilina-eozina si diagnostic histopatologic.

\*8) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie, pentru asiguratii care au evidentiat pe biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice management de caz.

\*9) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie pentru copiii cu grupa de varsta

2 - 5 ani inclusiv, in cadrul serviciilor medicale preventive.

\*10) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie cu completarea campului corespunzator preventiei, pentru asiguratii adulti care nu prezinta simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu varsta de 18 ani si peste, supraponderali/obezi si/sau care prezinta unul sau mai multi factori de risc pentru diabetul zaharat, cu ocazia acordarii altor tipuri de consultatii, daca persoana nu a mai efectuat investigatiile recomandate in ultimele 6 luni.

\*11) Investigatii ce pot fi solicitate de catre medicii de specialitate boli infectioase, oncologie si de medicii specialisti care supravegheaza bolnavii cu transplant.

\*12) Investigatii ce pot fi solicitate si recoltate de catre medicii cu specialitatea ORL.

\*13) Investigatia se recomanda numai in contextul unor infectii tegumentare recurente care sugereaza existenta portajului.

\*14) Investigatii ce pot fi solicitate si recoltate de catre medicii cu specialitatea oftalmologie.

\*15) Investigatii ce pot fi solicitate si recoltate de catre medicii cu specialitati chirurgicale.

\*16) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si ca urmare a consultatiilor de monitorizare a evolutiei sarcinii.

NOTA 2 :

Pentru culturile bacteriene si fungice, pretul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultura si identificare.

NOTA 3:

Toate examinarile histopatologice, citologice si imunohistochimice (cu exceptia testelor imunohistochimice) din pachetul de baza din ambulatoriu se efectueaza numai pentru probele recoltate in cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4:

Investigatiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultatiilor preventive pentru copii cu varsta cuprinsa intre 2 si 18 ani, precum si pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevazute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la lit. B din anexa nr. 1 la prezentul ordin, se efectueaza pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice si are completat campul corespunzator preventiei.

NOTA 5:

Pentru evaluarea periodica a pacientilor deja diagnosticati cu diabet zaharat, HBA1c se recomanda si se deconteaza in conditiile prevazute in Normele tehnice de realizare a programelor nationale cu scop curative.

2. Lista investigatiilor paraclinice de radiologie imagistica medicala si medicina nucleara

Nr. crt.	Denumire examinare radiologica/imagistica medicala/ medicina nucleara	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate - lei -
	I. Radiologie - Imagistica medicala	
	A. Investigatii conventionale	
	1. Investigatii cu radiatii ionizante	
1.	Examen radiologic cranian standard*1)	40,35
2.	Examen radiologic cranian in proiectie sinusuri anterioare ale fetei*1)	40,35
3.	Examen radiologic parti schelet in 2 planuri*1)	40,35
4.	Radiografie de membre*1):	
	a.1) Brat drept	40,35
	a.2) Brat stang	40,35
	b.1) Cot drept	40,35
	b.2) Cot stang	40,35
	c.1) Antebrat drept	40,35
	c.2) Antebrat stang	40,35
	d.1) Pumn drept	40,35
	d.2) Pumn stang	40,35
	e.1) Mana dreapta	40,35
	e.2) Mana stanga	40,35
	f.1) Sold drept	40,35
	f.2) Sold stang	40,35
	g.1) Coapsa dreapta	40,35
	g.2) Coapsa stanga	40,35
	h.1) Genunchi drept	40,35
	h.2) Genunchi stang	40,35
	i.1) Gamba dreapta	40,35
	i.2) Gamba stanga	40,35
	j.1) Glezna dreapta	40,35
	j.2) Glezna stanga	40,35
	k.1) Picior drept	40,35
	k.2) Picior stang	40,35
	l.1) Calcaneu drept	40,35
	l.2) Calcaneu stang	40,35
5.	Examen radiologic articulatii sacroiliace*1)	40,35
6.	Examen radiologic centura scapulara*1)	40,35
7.	Examen radiologic coloana vertebrala cervicala*1)	40,35
8.	Examen radiologic coloana vertebrala toracala*1)	40,35
9.	Examen radiologic coloana vertebrala lombosacrata*1)	40,35
10.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	40,35
11.	Examen radiologic torace osos (sau parti) in mai multe planuri/Examen radiologic torace si organe toracice*1)	40,35

12.	Examen radiologic vizualizare generala a abdomenului nativ*1)	40,35
13.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanta de contrast*1)	75,49
14.	Examen radiologic tract digestiv pana la regiunea ileocecala, cu substanta de contrast*1)	110,00
15.	Examen radiologic colon dublu contrast	134,00
16.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	94,36
17.	Examen radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de contrast	296,00
18.	Cistografie de reflux cu substanta de contrast	337,00
19.	Pielografie	337,00
20.	Examen radiologic retrograd de uretra sau vezica urinara cu substanta de contrast	337,00
21.	Examen radiologic uretra, vezica urinara la copil cu substanta de contrast	337,00
22.	Examen radiologic uter si oviduct cu substanta de contrast	377,00
23.	Radiografie retroalveolara	20,22
24.	Radiografie panoramica	40,44
25.	Mamografie analogica in doua planuri*1) - Obligatoriul in baza unui bilet de trimitere investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are mastectomie unilaterala - Tariful se refera la examinarea pentru un san	42,61
26.	Mamografie digitala 2D *1) -Obligatoriul in baza unui bilet de trimitere, investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are mastectomie unilaterala - Tariful se refera la examinarea pentru un san	96,07
27.	Mamografie cu tomosinteza unilaterala*3)	360,00
28.	Mamografie cu tomosinteza bilaterala*3)	500,00
29.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanta de contrast	269,00
30.	Osteodensitometrie segmentara (DXA)*1)	27,18
	2. Investigatii neiradiante	
31.	Ecografie generala (abdomen + pelvis)*1)	70,44
32.	Ecografie abdomen*1)	53,92
33.	Ecografie pelvis*1)	40,44
34.	Ecografie a aparatului urinar/genital masculin	40,44
35.	Ecografie transvaginala/transrectala	67,40
36.	Ecografie Doppler cervical artere - carotide si vertebrale	40,44

37.	Ecografie Doppler artere membre superioare	40,44
38.	Ecografie Doppler artere membre inferioare	40,44
39.	Ecografie Doppler alte artere	40,44
40.	Ecografie Doppler vene membre superioare	40,44
41.	Ecografie Doppler vene membre inferioare	40,44
42.	Ecografie Doppler alte vene	40,44
43.	Ecografie ganglionara	40,44
44.	Ecografie transfontanelara	53,92
45.	Ecografie de organ/articulatie/parti moi*2)	33,70
46.	Ecografie obstetricala anomalii trimestrul II*4)	471,00
47.	Ecografie musculoscheletala	33,70
48.	Ecografie cutanata	33,70
49.	Ecografie obstetricala anomalii trimestrul I cu TN*4)	107,00
50.	Senologie imagistica*1) - Obligatoriul in baza unui bilet de trimitere investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are mastectomie unilaterala - Tariful se refera la examinarea pentru un san	52,18
51.	Ecocardiografie	53,92
52.	Ecocardiografie + Doppler	67,40
53.	Ecocardiografie + Doppler color	74,14
54.	Ecocardiografie transesofagiana	229,00
55.	Ecocardiografie de efort	203,00
	B. Investigatii de inalta performanta	
56.	CT craniu nativ	156,00
57.	CT buco-maxilo-facial nativ	202,00
58.	CT regiune gat nativ	175,00
59.	CT regiune toracica nativ	228,00
60.	CT abdomen nativ	235,00
61.	CT pelvis nativ	235,00
62.	CT coloana vertebrala cervicala nativ	80,88
63.	CT coloana vertebrala toracala nativ	80,88
64.	CT coloana vertebrala lombara nativ	80,88
65.	CT membru superior drept nativ	80,88
66.	CT membru superior stang nativ	80,88
67.	CT membru inferior drept nativ	80,88
68.	CT membru inferior stang nativ	80,88
69.	CT mastoida	202,00
70.	CT sinusuri	202,00
71.	CT craniu nativ si cu substanta de contrast	445,00
72.	CT hipofiza cu substanta de contrast	505,00
73.	CT buco-maxilo-facial nativ si cu substanta de contrast	539,00

74.	CT regiune gat nativ si cu substanta de contrast	505,00
75.	CT regiune toracica nativ si cu substanta de contrast	528,00
76.	CT abdomen nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	469,00
77.	CT pelvis nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	485,00
78.	CT coloana vertebrala cervicala nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	539,00
79.	CT coloana vertebrala toracala nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	539,00
80.	CT coloana vertebrala lombara nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	539,00
81.	CT membru superior drept nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	242,00
82.	CT membru superior stang nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	242,00
83.	CT membru inferior drept nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	242,00
84.	CT membru inferior stang nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	242,00
85.	CT ureche interna	505,00
86.	Uro CT	539,00
87.	Angiografie CT membru superior drept	539,00
88.	Angiografie CT membru superior stang	539,00
89.	Angiografie CT membru inferior drept	539,00
90.	Angiografie CT membru inferior stang	539,00
91.	Angiografie CT craniu	539,00
92.	Angiografie CT regiune cervicala	539,00
93.	Angiografie CT torace	539,00
94.	Angiografie CT abdomen	539,00
95.	Angiografie CT pelvis	539,00
96.	Angiocoronarografie CT	943,00
97.	RMN craniocerebral nativ	585,00
98.	RMN sinusuri	606,00
99.	RMN torace nativ	606,00
100.	RMN gat nativ	606,00
101.	RMN coloana vertebrala cervicala nativ	489,00
102.	RMN coloana vertebrala toracica nativ	489,00
103.	RMN coloana vertebrala lombosacrata nativ	489,00
104.	RMN abdominal nativ	585,00
105.	RMN pelvin nativ	585,00
106.	RMN sold - articulatie coxo femurala nativ	580,00
107.	RMN nativ genunchi drept	587,00
108.	RMN nativ genunchi stang	587,00
109.	RMN nativ cot drept	587,00

110.	RMN nativ cot stang	587,00
111.	RMN nativ glezna dreapta	587,00
112.	RMN nativ glezna stanga	587,00
113.	RMN extremitati nativ alte segmente	587,00
114.	RMN umar nativ	606,00
115.	RMN umar nativ si cu substanta de contrast	850,00
116.	RMN torace nativ si cu substanta de contrast	850,00
117.	RMN regiune cervicala nativ si cu substanta de contrast	850,00
118.	RMN cranio-cerebral nativ si cu substanta de contrast	850,00
119.	RMN coloana vertebrala cervicala nativ si cu substanta de contrast	850,00
120.	RMN coloana vertebrala toracala nativ si cu substanta de contrast	850,00
121.	RMN coloana vertebrala lombosacrata nativ si cu substanta de contrast	850,00
122.	RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast	850,00
123.	RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast	850,00
124.	RMN sold - articulatie cox femurala nativ si cu substanta de contrast	850,00
125.	RMN extrem, nativ genunchi drept cu substanta de contrast	850,00
126.	RMN extrem, nativ genunchi stang cu substanta de contrast	850,00
127.	RMN extremitati nativ cot drept cu substanta de contrast	850,00
128.	RMN extremitati nativ cot stang cu substanta de contrast	850,00
129.	RMN extremitati nativ glezna dreapta cu substanta de contrast	850,00
130.	RMN extremitati nativ glezna stanga cu substanta de contrast	850,00
131.	RMN extremitati nativ alte segmente cu substanta de contrast	850,00
132.	RMN cord nativ	606,00
133.	RMN cord nativ si cu substanta de contrast	850,00
134.	RMN hipofiza cu substanta de contrast	850,00
135.	Uro RMN cu substanta de contrast	1145,00
136.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	539,00
137.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	539,00
138.	Angiografie RMN craniu	808,00
139.	Angiografie RMN abdomen	808,00
140.	Angiografie RMN pelvis	808,00
141.	Angiografie RMN membru superior drept	808,00
142.	Angiografie RMN membru superior stang	808,00
143.	Angiografie RMN membru inferior drept	808,00
144.	Angiografie RMN membru inferior stang	808,00

145.	Angiografie RMN alt segment	808,00
146.	Angiografia carotidiana cu substanta de contrast	539,00
147.	RMN abdominal cu substanta de contrast si colangio RMN	1078,00
148.	Colangio RMN	404,00
149.	RMN sani nativ	606,00
150.	RMN sani nativ si cu substanta de contrast	850,00
151.	RMN whole-body	900,00
152.	Tomografie dentara CBCT mandibulara	200,00
153.	Tomografie dentara CBCT maxilara	200,00
154.	Tomografie dentara CBCT bimaxilara	300,00
	II. Medicina nucleara	
155.	Scintigrafia renala	606,00
156.	Scintigrafia cerebrala (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrala - 30/90 min. de la inj.)	606,00
157.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardica efort)	606,00
158.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica in repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardica repaus)	606,00
159.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonara/scintigrafie perfuzie pulmonara	606,00
160.	Scintigrafia osoasa localizata	606,00
161.	Scintigrafia osoasa completa	606,00
162.	Scintigrafia hepatobiliara	606,00
163.	Scintigrafia tiroidiana	606,00
164.	Scintigrafia paratiroidiana	606,00
165.	Limfoscintigrafia planara	606,00

NOTA 1:

\*1) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

\*2) Ecografie de organ - renala poate fi recomandata inclusiv de medicii de familie numai pentru boala cronica de rinichi, pentru asiguratii care au evidentiat pe biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice management de caz.

\*3) Poate fi recomandata doar pentru femei care au fost diagnosticate cu afectiuni oncologice.

\*4) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate ca urmare a consultatiilor de monitorizare a evolutiei sarcinii.

NOTA 2:

Filmele radiologice si CD-urile continand imaginile achizitionate, link-ul de acces la imaginile radiologice, precum si substantele folosite sunt incluse in tarife.

NOTA 3:

Indicatia de utilizare a substantei de contrast apartine medicului de specialitate radiologie si imagistica medicala care va confirma utilizarea substantei de contrast prin aplicarea parafei si semnaturii pe biletul de trimitere.

Investigatiile cu substanta de contrast sunt decontate de casele de asigurari de sanatate si in cazul in care utilizarea substantei de contrast a fost specificata in biletul de trimitere si avizata de medicul de radiologie- imagistica.

Pentru cazul in care se efectueaza o investigatie fara substanta de contrast, urmata din necesitate de o investigatie cu substanta de contrast, se deconteaza numai tariful investigatiei cu substanta de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialitati medicale clinice, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care isi desfasoara activitate in cabinete indiferent de forma lor de organizare, in conditiile in care acestia au atestatele de studii complementare corespunzatoare specialitatii, dupa caz si dotarea necesara:

a) Serviciul prevazut la pozitia 31 se deconteaza medicilor de familie si medicilor de specialitate pentru specialitati clinice;

b) Serviciile prevazute la pozitia 32 si 33 se deconteaza medicilor de specialitate pentru specialitati clinice;

c) Serviciul prevazut la pozitia 34 se deconteaza medicilor din specialitatea urologie;

d) Serviciile prevazute la pozitia 35 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea obstetrica-ginecologie si numai pentru afectiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie si numai pentru afectiuni urologice - prostata si vezica urinara;

e) Serviciile prevazute la pozitiile: 51, 52, 53 si 55 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: cardiologie, medicina interna, neurologie, pediatrie, cardiologie pediatrie, geriatrie si gerontologie; serviciile prevazute la pozitia 36, 37, 38, 39, 40, 41 si 42 se deconteaza pentru medicii de



specialitate din specialitatile clinice de cardiologie, medicina interna, nefrologie, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, chirurgie vasculara si chirurgie cardiovasculara; serviciul prevazut la pozitia 54 se deconteaza numai pentru medicii de specialitate cardiologie; serviciul prevazut la pozitia 47 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea clinica reumatologie si medicina fizica si de reabilitare; serviciul prevazut la pozitia 48 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea clinica dermatovenerologie;

- f) Serviciul prevazut la pozitia 43 se deconteaza medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generala, chirurgie orala si maxilo-faciala, pediatrie si medicina interna;
- g) Serviciile prevazute la pozitia 44 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;
- h) Serviciile prevazute la pozitia 45 (ecografie de organ/de parti moi/de articulatie) se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile clinice: diabet, nutritie si boli metabolice, nefrologie, endocrinologie, urologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, obstetrica-ginecologie, boli infectioase, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reumatologie, medicina fizica si de reabilitare;
- i) Serviciile prevazute la pozitiile 46 si 49 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea obstetrica-ginecologie cu supraspecializare in medicina materno-fetala;
- j) Serviciile prevazute la pozitia 50 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: obstetrica-ginecologie, endocrinologie si oncologie daca au atestat de senologie imagistica;

NOTA 5:

- a) Pentru serviciile prevazute la pozitiile: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 23 si 25, tariful se refera la explorarea unui singur segment anatomic, minimum 2 incidente. Pentru serviciile prevazute la pozitiile: 2, 3, 23 si 25, in cazul explorarii mai multor segmente se deconteaza tariful pentru fiecare dintre acestea. Pentru serviciile prevazute la pozitiile: 1, 10 si 11, decizia efectuarii celei de-a doua incidente este strict a medicului radiolog si poate fi luata numai dupa efectuarea primei incidente.
- b) Pentru serviciul prevazut la pozitia 30 tariful se refera la explorarea unui singur segment; casele de asigurari de sanatate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o data pe an, cu precizarea segmentelor de investigat;
- c) In cazul investigatiilor CT si RMN efectuate pentru copii cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani, pentru care medicul curant recomanda efectuarea anesteziei generale si implicit prezenta unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. In cazul examinarii simultane a doua sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurari de sanatate vor deconta majorarea de 20% aplicata numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de cate segmente anatomice se examineaza simultan. Majorarea se aplica la investigatia cu tariful cel mai mic. Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spatiului si dotarilor necesare pentru perioada de pre si post anestezie, precum si dovada relatiei de munca cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigatii sunt decontate de casele de asigurari de sanatate numai daca biletul de trimitere este insotit de o copie a fisei de preanestezie pe care va fi aplicata parafa si semnatura medicului cu specialitatea ATI.

NOTA 6:

Medicii de medicina dentara care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala stomatologica, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevazute la poz. 23, 24, 152, 153 si 154 respectiv radiografie retroalveolara, radiografie panoramica, tomografie dentara CBCT mandibulara, tomografie dentara CBCT maxilara si tomografie dentara CBCT bimaxilara.

NOTA 7:

Medicii de familie, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevazute la poz. 31 respectiv ecografie generala (abdomen + pelvis).

**B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE, SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII**

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitatile clinice pentru situatiile care se incadreaza la anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificarile si completările ulterioare, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa. Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatului Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

**ANEXA Nr. 18**

#### **MODALITATILE DE PLATA**

##### **in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice**

**Art. 1.** - Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in lei.

**Art. 2.** - (1) La stabilirea sumei contractate pentru investigatiile medicale paraclinice prevazute in anexa nr. 17 la ordin, de catre:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologica, de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara),

- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),  
- medicii de familie (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara),  
- furnizorii de servicii de medicina dentara (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara), cu casa de asigurari de sanatate, se au in vedere criteriile prevazute in Anexa 19, respectiv Anexa 20 la ordin privind repartizarea sumelor.

(2) Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecarei case de asigurari de sanatate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologica, investigatii de radiologie-imagistica medicala si medicina nucleara, se stabileste de catre casa de asigurari de sanatate. Sumele contractate de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

(3) Lunar, casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligatia incadrarii in limita valorii lunare de contract stabilita pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologica, investigatii de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara.

(4) In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract/act aditional, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract/act aditional valoarea lunara contractata initial pe tipuri de investigatii aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care in aceeași luna si-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii nu pot fi contractate cu medicii de familie/medicii de specialitate din specialitatile clinice din ambulatoriu care au incheiat acte aditionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice daca suma contractata de acestia este la maximum posibil potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

(5) Prin consum mediu lunar se intelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice - pe tipuri de investigatii paraclinice, decontate de casa de asigurari de sanatate.

Daca din valoarea lunara de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5%, se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor in luna urmatoare.

Daca din valoarea lunara de contract pentru servicii de anatomie patologica a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5% se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor in luna urmatoare.

Daca din valoarea lunara de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie, imagistica medicala si medicina nucleara a ramas neconsumata o suma reprezentand un procent de maximum 5% se considera epuizata valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor in luna urmatoare.

Prin exceptie, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate, fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data incheierii actului aditional si se repartizeaza avandu-se in vedere criteriile de selectie si contractare prevazute in prezentele norme.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul in curs cu destinatia servicii medicale paraclinice se contracteaza de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte, respectiv acte aditionale la contractele/actele aditionale initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data incheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului aditional la contractul/actul aditional initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de selectie si contractare prevazute in prezentele norme, precum si reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, in situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului initial al acestora s-a/s-au modificat. Pentru actele aditionale ce au ca obiect serviciile medicale paraclinice efectuate de medicii de familie/medicii de specialitate din specialitatile clinice din ambulatoriu, se pot contracta sume din fondurile suplimentare numai in situatia in care nu se depaseste numarul maxim de servicii ce se pot efectua potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii.

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunara de contract/act aditional in limita a maxim 10%, cu exceptia lunii decembrie, cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii de contract/act aditional a lunii urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru trimestrul respectiv. In aceasta situatie, in cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, inregistrata pana cel tarziu in ultimele 3 zile lucratoare ale fiecarei luni, cu obligativitatea incadrarii in suma contractata in trimestrul respectiv.

(8) In situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 si 20 la ordin se modifica in sensul diminuarii fata de conditiile initiale si furnizorii aduc la cunostinta caselor de asigurari de sanatate aceste situatii, suma stabilita initial se diminueaza corespunzator, prin incheierea unui act aditional la contract incepand cu luna urmatoare celei in care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua in luna in care furnizorul a comunicat in scris casei de asigurari de sanatate aceasta modificare si a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua incepand cu luna urmatoare celei in care s-a realizat recalcularea punctajului. Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari la nivelul caselor de asigurari de sanatate se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatia initiala.

**Art. 3.** - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt in relatii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate in anexa nr. 17 la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurari de sanatate pentru investigatiile paraclinice sunt cele prevazute in anexa nr. 17 la ordin.

Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt in relatii contractuale contravaloarea serviciilor de inalta performanta (RMN, CT, scintigrafie si angiografie) numai daca furnizorul face dovada interpretarii investigatiei in maximum 5 zile lucratoare de la efectuarea acesteia, prin semnatura medicului radiolog.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii generale (abdomen si pelvis) furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara, precum si radiografiile si tomografiile dentare furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, cuprinse in anexa nr. 17 la ordin, in conditiile prevazute in anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevazute in aceeasi anexa, cu incadrare in valoarea de contract.

Pentru investigatiile paraclinice pentru care medicii de familie, medicii cu specialitati medicale clinice, inclusiv medicii de medicina dentara incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale, programul de lucru se prelungeste corespunzator.

Pentru medicii cu specialitati medicale clinice, aceste investigatii medicale paraclinice pot fi efectuate atat ca urmare a actului medical propriu, cat si ca urmare a trimiterii de catre alti medici de specialitate in cadrul unui program suplimentar fata de cel contractat pentru serviciile medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice.

Numarul maxim de ecografii ce pot fi efectuate intr-o ora de medicii de familie, medicii cu specialitatile medicale clinice, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, nu poate fi mai mare de 3.

Numarul maxim de radiografii ce pot fi efectuate intr-o ora de medicii de medicina dentara, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicina dentara nu poate fi mai mare de 6.

Numarul maxim de tomografii dentare ce pot fi efectuate intr-o ora de medicii de medicina dentara, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicina dentara nu poate fi mai mare de 3.

**Art. 4.** - (1) Biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare si are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice este de pana la 90 zile calendaristice.

Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice - examinari histopatologice, citologice si imunohistochimice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice avand in vedere specificul recoltarii si transmiterii probei/probelor catre un furnizor de servicii de anatomie patologica. Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidentiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului. In situatia in care, din motive obiective, investigatiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentarii, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a-l programa in perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnand pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentarii pentru programare si data programarii, daca asiguratul refuza programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta sa se poata prezenta la alt furnizor de investigatii medicale paraclinice.

Pentru investigatii paraclinice - examinari histopatologice, citologice, imunohistochimice si de microbiologie, daca recoltarea probei/probelor se face de catre medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere raman la medicul care a facut recoltarea probei/probelor din care un exemplar insoteste proba/probele recoltate si se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologica impreuna cu aceasta/acestea.

La momentul prezentarii la furnizorul de investigatii paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigatiilor, cu exceptia examenilor histopatologice, citologice si imunohistochimice, asiguratul va declara pe proprie raspundere pe verso-ul biletului de trimitere, ca a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberarii biletului de trimitere pana la data efectuării investigatiilor.

Daca recoltarea probei/probelor se face intr-un laborator aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in vederea efectuării unor examinari histopatologice/citologice/imunohistochimice in regim ambulatoriu, asiguratul declara pe proprie raspundere ca la momentul recoltarii nu se afla internat intr-o forma de spitalizare (continua sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectueaza investigatiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere pastreaza biletul de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligatia sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza.

(2) Daca in perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice un asigurat se interneaza in spital fara ca investigatiile recomandate sa fie efectuate in ambulatoriu anterior internarii, biletul de trimitere isi pierde valabilitatea, cu exceptia biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice de inalta performanta, daca acestea nu au fost efectuate in timpul spitalizarii, cu obligatia prezentarii de catre asigurat a biletului de externare/scrisorii medicale din care sa rezulte ca aceste investigatii nu au fost facute pe perioada internarii.

Investigatiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat in ambulatoriu pe perioada in care acesta a fost internat, precum si in perioada de la data externarii pana la data expirarii termenului de valabilitate a biletului de trimitere nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate sau daca acestea au fost decontate se recupereaza de la furnizorul de investigatii medicale paraclinice - daca pe versoul biletului de trimitere nu este consemnata declaratia asiguratului prevazuta la alin. (1), cu exceptia investigatiilor medicale paraclinice de inalta performanta, daca acestea nu au fost efectuate in timpul spitalizarii, si numai daca se prezinta de catre asigurat biletul de externare/scrisoarea medicala din care sa rezulte ca aceste investigatii nu au fost facute pe perioada internarii.

In situatia in care casa de asigurari de sanatate constata ca, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, asiguratul a fost internat intr-un spital si declaratia pe propria raspundere consemnata pe versoul biletului de trimitere este contrara celor constatate, prejudiciul se recupereaza de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplica biletelor de trimitere pentru examinari histopatologice/citologice/imunohistochimice.

In situatia in care casa de asigurari de sanatate constata ca, la data recoltarii probei/probelor pentru examinari histopatologice/citologice/imunohistochimice la nivelul laboratorului sau de catre medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat intr-un spital si declaratia pe propria raspundere este contrara celor constatate, prejudiciul se recupereaza de la asigurat.

(3) Este interzisa inlocuirea sau adaugarea altor investigatii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Fiecare casa de asigurari de sanatate isi organizeaza modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigatiile paraclinice.

(5) Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigatiile medicale paraclinice se acorda numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea investigatiilor medicale paraclinice. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitati paraclinice solicita bilet de trimitere pentru acordarea investigatiilor medicale paraclinice.

**Art. 5.** - Serviciile de inalta performanta (RMN, CT, scintigrafie si angiografie) se acorda in baza biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice de inalta performanta care se intocmeste in 2 exemplare, din care unul ramane la medicul care a facut trimiterea si unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta, pe care il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere completat distinct pentru fiecare cod de investigatie, se ataseaza de catre medicul trimittator, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigatii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului. Biletul de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara si are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza.

Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice recomandate ca urmare a acordarii consultatiilor medicale pentru preventie de catre medicul de familie este de pana la 60 zile calendaristice.

**Art. 6.** - Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar si transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

**Art. 7.** - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu intalniri cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Anunturile privind data si locul desfasurarii intalnilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii. Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii.

**ANEXA Nr. 19**

#### **CRITERII**

#### **privind selectia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale**

#### **CAPITOLUL I**

#### **Criteria de selectie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale**

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii trebuie sa indeplineasca cumulativ urmatoarele criterii de selectie:

1. a) Sunt autorizati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
- b) Sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.
- c) Sunt acreditati, pentru furnizorii care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare.
2. a) Sa faca dovada capacitatii tehnice a fiecarui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigatiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevazute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu exceptia examenilor de anatomie patologica (histopatologice, citologice si imunohistochimice), cu exceptia spitalelor cu peste 400 de paturi, precum si a spitalelor de boli infectioase si de pneumoftiziologie, care efectueaza examinari microbiologice, pentru care activitatea de microbiologie se organizeaza distinct ca laborator de microbiologie medicala. Dovada capacitatii tehnice a fiecarui laborator/punct de lucru de a efectua analizele medicale de laborator de la punctele 46, 47, 48, 49, 50, 51, 89, 90 si 94 prevazute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin se va face in termen de maximum 12 luni de la intrarea in vigoare a prezentului ordin.
- b) Pentru examenile de anatomie patologica (histopatologice, citologice si imunohistochimice), furnizorul are obligatia de a face dovada capacitatii tehnice numai in situatia in care solicita

contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un in scris cu mentiunea seriei, a anului de fabricatie, a capacitatii de lucru si a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producator/distribuitoare autorizat/furnizor de servicii autorizat.

4. Sa faca dovada ca toata durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurari de sanatate, care nu poate fi mai mica de 7 ore pe zi - de luni pana vineri, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperita prin prezenta unui medic cu specialitatea medicina de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicala, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat si prevazut in contract, in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicina de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta, pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicala sau medici cu specialitatea de medicina de laborator care au obtinut specialitatea in baza curriculei valabile pana in 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obtinut specialitatea de medicina de laborator in baza curriculei valabile dupa 2016, numai daca acestia au cel putin 10 luni de pregatire in microbiologie in cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptand lunile de perfectionare aplicativa; Pentru furnizorii care doresc sa desfasoare activitate in relatie cu casa de asigurari de sanatate si in zilele de sambata si duminica, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligatia ca programul de lucru din aceste zile sa fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicina de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta, pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicala sau medici cu specialitatea de medicina de laborator care au obtinut specialitatea in baza curriculei valabile pana in 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obtinut specialitatea de medicina de laborator in baza curriculei valabile dupa 2016, numai daca acestia au cel putin 10 luni de pregatire in microbiologie in cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptand lunile de perfectionare aplicativa, care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Sa faca dovada ca toata durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurari de sanatate, care nu poate fi mai mica de 6 ore pe zi - de luni pana vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperita prin prezenta unui medic de specialitate anatomie patologica. Pentru furnizorii care doresc sa desfasoare activitate in relatie cu casa de asigurari de sanatate si in zilele de sambata si duminica, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligatia ca programul de lucru din aceste zile sa fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologica care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Sa faca dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa ca in cadrul acestuia/acestora isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei care sa acopere cel putin o norma/zi (6 ore).

In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizata si avizata o structura care efectueaza examinari histopatologice, citologice si imunohistochimice, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei.

5. Sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate, pe toata perioada de derulare a contractului cu casa de asigurari de sanatate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmeaza a fi cuprinse in contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pentru:

- subcriteriul a) "indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta" - pentru minim 43 de analize din numarul de analize cuprinse in lista investigatiilor paraclinice.

In termen de maximum 12 luni de la intrarea in vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligatia indeplinirii cerintelor pentru calitate si competenta" - pentru minimum 50% din numarul de analize cuprinse in lista investigatiilor paraclinice prevazute in Anexa 17 la prezentul ordin, cu conditia ca indeplinirea criteriului de calitate respectiv - indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta sa aiba in vedere investigatii paraclinice din cadrul fiecarui domeniu din lista;

- subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competentei pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numarul de analize cuprinse in lista investigatiilor paraclinice.

In termen de maximum 12 luni de la intrarea in vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligatia indeplinirii cerintelor pentru "participare la schemele de testare a competentei pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minimum 50% din numarul de analize cuprinse in lista investigatiilor paraclinice prevazute in Anexa 17 la prezentul ordin, cu conditia ca indeplinirea criteriului de calitate "participare la schemele de testare a competentei pentru laboratoare de analize medicale" sa aiba in vedere investigatii paraclinice din cadrul fiecarui domeniu din lista;

NOTA: Pentru laboratoarele de anatomie patologica nu se aplica punctul 2.a) si punctul 5.

6. Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producatorul de aparatura de laborator, reactivi si consumabile, certifica respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatele, reactivii si consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

## CAPITOLUL II

### Criteria privind repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judet

I. La stabilirea sumelor ce se contracteaza cu furnizorii de analize medicale de laborator se au in vedere urmatoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor . . . . . 50%

2. criteriul de calitate . . . . . 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice

- a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligati sa faca dovada detinerii legale a aparaturii prin documente conforme si in termen de valabilitate.
- b) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa verifice daca seria si numarul aparatului existent in cadrul laboratorului sunt conforme cu seria si numarul aparatului inscrise in cuprinsul documentelor care atesta existenta si detinerea legala a acestora.
- c) Furnizorii sunt obligati sa prezinte toate fisele tehnice corespunzatoare aparatelor detinute si pentru care incheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurari de sanatate.
- d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au inscrise pe ele seria si numarul, si nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fisele tehnice conforme ale acestora, avand mentionate seriile echipamentelor si nici cele care nu au declaratii de conformitate CE pentru tipul aparatului.
- e) Daca doi sau mai multi furnizori prezinta aparate inregistrate cu aceeasi serie si numar inainte sau in perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv si nu se mai iau in calcul la nici unul dintre furnizori.

In acest sens, casele de asigurari de sanatate verifica capacitatea tehnica a fiecarui furnizor.

Constatatarea, ulterior incheierii contractului, a existentei unor aparate de acelasi tip si cu aceeasi serie si numar la doi furnizori sau in doua laboratoare/puncte de lucru ale aceluiasi furnizor, conduce la aplicarea masurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care sa includa verificarile periodice conform normelor producatorului aparatului, incheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii sau Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale (ANMMDMR), conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis de ANMMDMR, conform prevederilor legale in vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achizitionate "second hand". Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a mentinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut care efectueaza servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii incheiat cu casa de asigurari de sanatate. Aparatele mai vechi de 12 ani calculati de la data fabricarii sau de la data reconditionarii (refurbisarii) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentandu-se o declaratie de conformitate in acest sens pentru seria respectiva emisa de producator nu se puncteaza. Reconditionarea (refurbisarea) se poate realiza doar in unitatile de productie ale producatorului. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acorda pentru aparatele cu o vechime de pana la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculati de la data fabricarii sau de la data reconditionarii (refurbisarii), punctajul total al fiecarui aparat, pentru fiecare an in plus, se diminueaza cu cate 20%.

Aparatele mai vechi de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezinta limita minima si limita maxima prevazute pentru durata normala de functionare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea si duratele normale de functionare a mijloacelor fixe, cu modificarile ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acorda dupa cum urmeaza:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie\*)

a)

- analizor pana la 18 parametri inclusiv . . . . . 10 puncte
- pentru viteza mai mare de 60 de teste/ori se adauga 5 puncte

b)

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formula leucocitara completa - 5 DIF) . . . . . 25 puncte
- pentru viteza mai mare de 60 de teste/ori . . . . . se adauga 5 puncte
- pentru mai mult de 22 de parametri . . . . . se adauga 5 puncte
- pentru modul flowcitic . . . . . se adauga 10 puncte

\*) De mentionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de catre medicul de laborator cu specializare in hematologie sau cu specializare medicina de laborator pentru care hematologia a intrat in curricula de pregatire sau de catre un biolog, biochimist sau chimist specialisti cu specializare in hematologie.

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului, maxim 2 analize, dintre cele prevazute la pct. 1.1.

1.2. Hemostaza:

- a) analizor coagulare semiautomat . . . . . 10 puncte
- b) analizor de coagulare complet automat . . . . . 20 puncte

1.3. Imunohematologie:

- a) manual . . . . . 2 puncte
- b) echipament semiautomat pentru determinarea Grupelor sangvine RH . . . . . 5 puncte
- c) echipament automat pentru determinarea Grupelor sangvine RH . . . . . 10 puncte

NOTA:

Sistemul automat este considerat sistemul care isi pipeteaza singur si in mod automat volumul necesar de lucru atat din proba biologica cat si din reactiv. In fisele tehnice ale sistemelor speciale trebuie sa fie specificat clar ca toate etapele de lucru se efectueaza automat. In caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

- a) intre 1 - 10 pozitii . . . . . 5 puncte
- b) intre 11 - 20 pozitii . . . . . 10 puncte
- c) peste 21 pozitii . . . . . 15 puncte

NOTA:

Se iau in calcul maxim 2 aparate in vederea acordarii punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metoda manuala

- identificarea germenilor . . . . . 10 puncte
- efectuarea antibiogramelor . . . . . 8 puncte

2.2. Micologie:

#### Metoda manuala

- decelarea prezentei miceliilor si identificarea miceliilor . . . . . 10 puncte
- efectuarea antifungigramei . . . . . 8 puncte

#### 2.3. Analizoare microbiologice (bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie . . . . . 40 puncte analizor automat de insamantare a mediilor de cultura . . . . . 10 puncte
  - analizor automat de microbiologie cu spectrometrie de masa . . . . . 60 puncte
- MALDI-Tof, pentru identificarea rapida a germenilor patogeni Se considera analizor automat de microbiologie echipamentul care efectueaza atat identificarea bacteriilor sau fungilor cat si antibiograma sau antifungigrama in mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat masurarii turbiditatii suspensiilor bacteriene cat si galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.

- analizor semiautomat de microbiologie . . . . . 10 puncte

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim 2 aparate.

#### 2.4. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu . . . . . 2 puncte

#### 3. Biochimie serica si urinara:

##### a) Analizoare pentru biochimie:

- a1 analizor semiautomat . . . . . 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat . . . . . 15 puncte
- a3 - analizor automat biochimie . . . . . 30 puncte
- a3.1 pentru determinari prin turbidimetrie . . . . . se adauga 10 puncte
- a3.2 pentru modul ioni . . . . . se adauga 15 puncte
- a3.3 pentru viteza aparatului . . . . . se adauga 0,06 puncte/proba/ora

Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera a1, a2 si a3

##### b) Analizoare pentru electroforeza

- b1 analizor semiautomat . . . . . 10 puncte
- b2 analizor automat . . . . . 30 puncte

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim

2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera b)

##### c) Analizoare pentru examen de urina:

- c1 - analizor semiautomat . . . . . 5 puncte
- c2 - analizor automat . . . . . 20 puncte

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim

2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera c)

#### 4. Imunologie si imunochimie:

##### 4.1. Serologie: . . . . . 2 puncte

##### 4.2. Metoda ELISA

- a1 - sistem semiautomatizat Elisa . . . . . 15 puncte

##### a2 - sistem automatizat Elisa cu:

- o microplaca . . . . . 25 puncte
- doua microplaci simultan . . . . . se adauga 5 puncte
- 4 microplaci simultan . . . . . se adauga 10 puncte
- 6 microplaci simultan . . . . . se adauga 15 puncte

##### 4.3. Sisteme speciale

- b1 - sisteme speciale semiautomate: . . . . . 25 puncte
- b2 - sisteme speciale automate: . . . . . 50 puncte

• In functie de capacitatea de lucru a aparatului prevazut la punctul b2), pentru fiecare investigatie/ora se acorda cate 0,6 puncte. Viteza se ia in calcul o singura data indiferent de numarul de metode al aparatului.

• In cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metoda de lucru in plus, se adauga cate 20 puncte.

#### NOTA:

Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care isi pipeteaza singur si in mod automat volumul necesar de lucru atat din proba biologica cat si din reactiv. In fisele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie sa fie specificat clar ca toate etapele de lucru se efectueaza automat. In caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se puncteaza maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat si indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe urmatoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescenta (Test Imunologie pe baza de Chemiluminescenta)
- ECLIA - Electrochemiluminescenta (Test Imunologie pe baza de Electrochemiluminescenta)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologica Enzimatica; Metoda Imunologica Enzimatica pe baza de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologica prin Fluorescenta de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiata)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologie de Chemiluminescenta pe baza de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologica Enzimatica Dubla)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologica pe baza de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescenta (Test Imunologie pe baza de Imunofluorescenta)
- ELFA cu detectie in fluorescenta - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenta
- TRACE - Emisie amplificata de europium

#### 5. Citologie

- Microscop optic cu examinare in lumina polarizata/UV . . . . . 6 puncte

- Microscop optic fara examinare in lumina polarizata/UV ... 4 puncte

#### 6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor (de la proba pana la bloc de parafina) . . . . . 40 puncte
- Sistem de colorare automata a lamelor . . . . . 15 puncte
- Procesor de tesuturi - histoprosesor automat fara vacuum . . . . . 5 puncte
- Procesor de tesuturi - histoprosesor automat cu vacuum . . . . . 6 puncte
- Aparat coloratie automatizata histochimica . . . . . 5 puncte
- Aparat coloratie automatizata imunohistochimie . . . . . 7 puncte
- microtom parafina . . . . . 5 puncte

- criotom . . . . . 7 puncte
- termostat pentru parafina . . . . . 1 punct
- platina sau baie termostata . . . . . 1 punct
- balanta analitica . . . . . 1 punct
- pH-metru . . . . . 1 punct
- masa absorbanta pentru vapori toxici . . . . . 1 punct
- baterie colorare manuala hematoxilina - eozina . . . . . 1 punct
- baterie manuala pentru imunohistochimie . . . . . 1 punct

NOTA:  
referitor la resursele tehnice nu se puncteaza aparatele pentru care in compartimentele respective nu desfasoara activitate cel putin o persoana cu studii superioare de specialitate care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma legala.

B. Logistica:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele in maximum 24 de ore:
    - direct medicului . . . . . 3 puncte
    - sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet . . . . . 4 puncte
  2. software dedicat activitatii de laborator - care sa contina inregistrarea si evidenta biletelor de trimitere (serie si numar bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafa si numarul de contract al medicului care a recomandat, tipul si numarul investigatiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiza si arhivarea datelor de laborator, precum si raportarea activitatii desfasurate in conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurari de sanatate (se prezinta specificatiile tehnice ale aplicatiei, care se verifica la sediul furnizorului):
    - operational - instalat si cu aparate conectate pentru transmitere de date . . . . . 10 puncte;
  3. website - care sa contina minimum urmatoarele informatii:
    - a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de functionare, certificari/acreditari . . . . . 2 puncte/punct de lucru
    - b - chestionar de satisfactie a pacientilor (cu obligatia actualizarii semestriale a rezultatelor si afisarea pe site-ul furnizorului . . . . . 5 puncte.
  4. Puncte de recoltare externe aflate in alte localitati decat cele resedinta de judet, avand program 5 zile / saptamana, minim 7 ore / zi cu personal de recoltare dedicat . . . . . 10 puncte pentru fiecare punct extern de recoltare; se puncteaza un singur punct de recoltare extern / localitate / furnizor;
  - Puncte de recoltare mobile, avand program 5 zile / saptamana, minim 7 ore / zi cu personal de recoltare dedicat . . . . . 20 puncte pentru fiecare punct mobil de recoltare; se puncteaza un singur punct mobil de recoltare/furnizor;
- Pentru un program de lucru redus punctajul acordat se diminueaza corespunzator.  
Pentru furnizorii de servicii de laborator care participa cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casa de asigurari de sanatate, punctajul corespunzator pct. 1 si 3b se acorda o singura data pentru punctul de lucru pentru care opteaza furnizorul de servicii medicale de laborator.  
Punctajul obtinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Punctajele se aplica in mod corespunzator si laboratoarelor de anatomie-patologica.

C. Subcriteriul resurse umane

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat in laborator.  
Punctajul se acorda pentru fiecare personal medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma legala, cu norma intreaga, iar pentru fractiuni de norma se acorda punctaj direct proportional cu fractiunea de norma lucrata.

1. medic primar de specialitate . . . . . 40 puncte;
2. medic specialist . . . . . 30 puncte;
3. chimisti medicali, biologi medicali, biochimisti medicali, principali . . . . . 25 puncte;
4. chimisti medicali, biologi medicali, biochimisti medicali, specialisti . . . . . 20 puncte;
5. chimisti, biologi, biochimisti . . . . . 15 puncte;
6. farmacist cu drept de libera practica . . . . . 15 puncte;
7. asistenti medicali de laborator cu studii superioare . . . . . 10 puncte;
8. asistenti medicali de laborator fara studii superioare . . . . . 8 puncte;
9. cercetator stiintific CP 1 si CP 2 in anatomie-patologica . . . . . 40 puncte;
10. cercetator stiintific CP 3 si CS in anatomie-patologica . . . . . 30 puncte;
11. asistenti de cercetare stiintifica in anatomie-patologica . . . . . 25 puncte;

2. Criteriul de calitate

Ponderele acestui criteriu este de 50%

a) 50% din suma corespunzatoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta", in conformitate cu standardul SR EN ISO 15189 si care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare insotit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a incheiat contract, in termen de valabilitate.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel:

- a1) - se acorda cate un punct pentru fiecare analiza medicala de Biochimie serica si urinara, Hematologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut acreditarea;
- a2) - se acorda cate 2 puncte pentru fiecare analiza medicala de Imunologie si imunochimie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut acreditarea;
- a3) - se acorda cate 3 puncte pentru fiecare analiza medicala de microbiologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut acreditarea;

NOTA: Fiecare cod de investigatie din lista analizelor de laborator prevazuta in anexa nr. 17 la ordin reprezinta o singura analiza chiar daca analiza respectiva este compusa din mai multi parametri.

b) 50% din suma corespunzatoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel:

- b1) - se acorda cate un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serica si urinara si hematologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel puțin 4 ori in anul calendaristic anterior; la un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 0,5 puncte in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fata de cele 4 participari obligatorii.



b2) - se acorda cate 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie si imunochimie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori in anul calendaristic anterior; la un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 1 punct in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fata de cele 4 participari obligatorii.

b3) - se acorda cate 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie si din celelalte domenii, altele decat cele mentionate la lit. b1) si b2) pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori in anul calendaristic anterior. La un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 1,5 puncte in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fata de cele 4 participari obligatorii.

Continuarea actului se gaseste in Anexa [nr.1857/2023](#)