








# **Asistenta medicala primara**


- 
- In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:
    - a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
    - b) sa fie evaluati
    - c) pentru anul 2019 sa depuna dovada inscrierii in procesul de acreditare
    - d) sa depuna, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la termenele stabilite pentru contractare.


- 
- Asistenta medicala primara se asigura de catre medici care au dreptul sa desfasoare activitate ca medici de familie potrivit titlului III din Legea [nr. 95/2006](#), in cabinete medicale organizate conform prevederilor legale in vigoare, inclusiv cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, ca furnizori de servicii medicale in asistenta medicala primara, autorizati si evaluati.

- 
- Comisia pentru stabilirea necesarului de medici cu liste proprii si a numarului minim de persoane asigurate inscrise pe lista medicului de familie, se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui CNAS.
  - Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.


- 
- In localitatile urbane numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu exceptia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numarului necesar de medici de familie,
  - Pentru aceste zone din mediul urban comisia stabileste si numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale.

- 
- Pentru medicii de familie al caror numar de persoane asigurate inscrise pe listele proprii se mentine timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritoriala/zona respectiva, in situatia cabinetelor medicale individuale, contractul poate inceta, in conditiile legii, prin denuntare unilaterala de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate.
  - Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi exclusi din contract prin modificarea acestuia.
  - Persoanele asigurate inscrise pe listele acestora pot opta pentru alti medici de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.


- 
- Numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie care isi desfasoara activitatea in cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie se stabileste prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale.

- 
- Pentru asigurarea calitatii asistentei medicale, numarul maxim de persoane inscrise pe lista medicului de familie este de 2.200.
  - Numarul optim de persoane inscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurarii unor servicii de calitate la nivelul asistentei medicale primare, care se ia in calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritoriala/zona urbana, este de 1.800.



- 
- Cabinetele medicale aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate functioneaza cu minimum un asistent medical/sora medicala/moasa, indiferent de numarul de asigurati inscrisi pe lista.
  - Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moasei poate fi o norma intreaga sau fractiune de norma.

- Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:
  - a) dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului de lucru secundar, dupa caz, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
  - b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;
  - c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;
  - d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si a societatilor cu raspundere limitata cu un singur medic angajat;
  - e) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;


- 
- f) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical
  - g) certificatul de membru al Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania - denumit in continuare OAMGMAMR, pentru asistentul medical/sora medicala/moasa care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;
  - h) copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici;
  - i) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;
  - j) programul de activitate al cabinetului si al punctului de lucru/punctului secundar de lucru; programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asigurati, precum si numarul de ore pe zi pentru medicii angajati in cabinete medicale individuale si pentru personalul medico-sanitar
  - k) lista, in format electronic, cu persoanele inscrise pentru medicii nou-veniti si pentru medicii care au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent; furnizorul prezinta lista cuprinzand persoanele inscrise la medicul de familie titular, in cazul cabinetelor medicale individuale,


# Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

- In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:
  - a) 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;
  - 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 norme, 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;


- Sa informeze asiguratii 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 minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea minima 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;


- 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 (CNAS);
- 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 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 prevederilor legale in vigoare; sa asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementeaza;


- 
- 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 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 prevederilor legale in vigoare;
  - sa elibereze scrisoare medicala pentru persoanele neasigurate si bilet de trimitere pentru persoanele asigurate, pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se considera necesara internarea;


- 
- incepand cu 1 iulie 2018 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





- 
- sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;
  - 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;

- 
- 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,

- 
- sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate;
  - raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical.
  - 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;

- 
- 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, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene
  - 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;


- 
- sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;
  - sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;
  - sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru documentele eliberate urmare a acordarii acestor servicii;


- 
- 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, precum si sa actualizeze lista proprie in functie de comunicarile transmise de casele de asigurari de sanatate;
  - 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 lehuzele 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,

- 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, prin punerea la dispozitia medicului la care asiguratul opteaza sa se inscrie a documentelor medicale;
- sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala, precum si investigatii paraclinice 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 rețete 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 recomandarile formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandarile 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 norme 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 prin norme. 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 900 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflatii 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 norme.
- 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 prin norme, si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;



- 
- sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului 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 norme;
  - sa intocmeasca bilet de trimitere pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare 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;

- 
- sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice pentru care se face management de caz, conform normelor;
  - 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;
  - 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;


- sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;
- sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor 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 a asigurarilor 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


- 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 a asigurarilor de sanatate 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 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;


-

## 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/sau prin posta electronica;


- 
- sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
  - 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;
  - medicii de familie au dreptul la o perioada de vacanta de pana la 30 de zile calendaristice pe an; pentru aceasta perioada modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru asiguratii inscrisi pe lista, precum si modalitatea de plata per capita si pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin norme.


- 
- Furnizorul, prin reprezentantul sau legal, indiferent de forma sa de organizare, incheie pentru medicii de familie pe care ii reprezinta un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul cabinetul medical sau cu o casa de asigurari de sanatate limitrofa ori cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, dupa caz.


- 
- Un medic de familie cu lista proprie figureaza intr-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistenta medicala primara si se poate regasi in contract cu o singura casa de asigurari de sanatate. Un medic angajat fara lista in cadrul unui cabinet medical individual poate figura ca medic angajat si in alte cabinete medicale individuale cu conditia ca toate cabinetele medicale individuale sa fie in contract cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate.





- 
- Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii aditionale, pentru care incheie un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, in conditiile stabilite prin norme.


- 
- Asiguratul isi poate schimba medicul de familie inaintea expirarii termenului de 6 luni, in urmatoarele situatii:
    - a) decesul medicului pe lista caruia se afla inscris;
    - b) medicul de familie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate sau contractul este suspendat;
    - c) a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista caruia se afla inscris;
    - d) asiguratul isi schimba domiciliul dintr-o localitate in alta;


- 
- asiguratul se afla in arest preventiv sau executa o pedeapsa privativa de libertate, la incetarea arestului preventiv al asiguratului si/sau inlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la incetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum si in situatia arestului la domiciliu ori in perioada de amanare sau de intrerupere a executarii unei pedepse privative de libertate.
  - Pe durata executarii pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicina generala ce isi desfasoara activitatea in cabinetele medicale ale unitatilor penitenciare sau ale aresturilor in custodia carora se afla asiguratul, acesta fiind inscris, in aceasta perioada, pe lista respectivului medic;

- 
- Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului national de asigurari sociale de sanatate si a cererii de inscriere prin transfer, conform modelului si conditiilor prevazute in norme.
  - 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 copiii de 0-18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere prin transfer.

- 
- Programul de activitate saptamanal al cabinetului medical individual, precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie care isi desfasoara activitatea in alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat in functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile si ore fiind stabilita in functie de conditiile specifice din zona de catre reprezentantul legal al cabinetului.
  - Pentru perioadele de absenta a medicilor de familie, activitatea cabinetului este asigurata in conditiile prevazute in norme.
  - Programul de lucru de 35 de ore/saptamana pentru medicii de familie din sistemul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti se stabileste pe zile conform conditiilor specifice acestui sistem si se reglementeaza in normele proprii.

- 
- Medicul de familie nou-venit intr-o localitate incheie conventie de furnizare de servicii medicale, similara contractului de furnizare de servicii medicale, incheiata intre reprezentantul legal al cabinetului medical si casa de asigurari de sanatate, pentru o perioada de maximum 6 luni, perioada considerata necesara pentru intocmirea listei.
  - Daca la sfarsitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit nu a inregistrat numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care si-a constituit-o pana la data incheierii contractului, cu obligatia din partea medicului de familie nou-venit ca in termen de maximum 6 luni de la data incheierii contractului sa inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise.

- 
- Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie existent, in conditiile legii, preia drepturile si obligatiile contractuale in aceleasi conditii ca si detinatorul anterior de praxis, la data preluarii acestuia.
  - Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie, pentru respectarea dreptului asiguratilor cu privire la alegerea medicului de familie, are obligatia sa anunte asiguratii despre dreptul acestora de a opta sa ramana sau nu pe lista sa, in primele 6 luni de la data incheierii contractului cu casa de asigurari de sanatate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis in ceea ce priveste respectarea obligatiei prevazute mai sus se face de casa de asigurari de sanatate.

- 
- Modificarile ce pot interveni in activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a infiintarii unui punct de lucru/punct de lucru secundar in mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existentei medicilor; stabilirea zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de familie se face de o comisie.
  - Preluarea unui praxis in alte conditii poate face obiectul unui contract cu casa de asigurari de sanatate, daca aceasta preluare are ca rezultat infiintarea unui cabinet medical care sa indeplineasca toate conditiile de contractare conform prevederilor legale in vigoare.




# Decontarea serviciilor medicale


- Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:
  - a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
  - b) tarif pe serviciu medical.

- Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala primara se face prin:  
**plata prin tarif pe persoana asigurata**; suma convenita se stabileste in raport cu numarul de puncte calculat in functie de numarul persoanelor asigurate inscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de varsta, ajustat in conditiile prevazute in norme in functie de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea, si cu valoarea minima garantata pentru un punct per capita, stabilite prin norme.
- Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Numarul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoana asigurata corespunde asigurarii de catre furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevazute in pachetul de servicii.
- Serviciile medicale care se asigura prin plata per capita si conditiile in care acestea se acorda se stabilesc prin norme.
- Numarul de puncte acordat pe durata unui an in functie de numarul de persoane asigurate inscrise pe lista proprie se ajusteaza, in conditiile prevazute in norme.
- Valoarea definitiva a unui punct per capita este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru.
- Aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct per capita, prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale incheiat;


- **plata prin tarif pe serviciu medical** exprimat in puncte; suma convenita se stabileste in raport cu numarul de puncte, calculat in functie de numarul de servicii medicale, ajustat in functie de gradul profesional, si cu valoarea minima garantata a unui punct per serviciu.
- Numarul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu si nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme.
- Valoarea definitiva a unui punct per serviciu este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru.
- Aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu, prevazuta in norme.

- Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita si a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistentei medicale primare la nivel national are urmatoarea structura:
- a) suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3), inclusiv suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior;
  - b) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniti intr-o localitate care desfasoara activitate in cabinete medicale in conditiile stabilite prin norme;
  - c) 50% pentru plata per capita si 50% pentru plata pe serviciu, dupa retinerea sumelor prevazute la lit. a) si lit. b).

- 
- Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita si per serviciu, fondul anual aferent asistentei medicale primare din care se scade suma prevazuta la alin. (3) lit. a) se defalca trimestrial.
  - Valoarea definitiva a unui punct per capita se stabileste trimestrial pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, in conditiile prevazute in norme, si reprezinta valoarea definitiva a unui punct per capita unica pe tara pentru trimestrul respectiv.
  - Valoarea definitiva a unui punct per serviciu medical se stabileste trimestrial pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, in conditiile prevazute in norme, si reprezinta valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical unica pe tara pentru trimestrul respectiv.

- 
- Fondul trimestrial luat in calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determina astfel: din fondul aferent asistentei medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale in care isi desfasoara activitatea medicii de familie nou-veniti intr-o localitate, pentru o perioada de maximum 6 luni, perioada pentru care medicul de familie are incheiata o conventie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate, prevazuta la art. 15, si se repartizeaza 50% pentru plata per capita si 50% pentru plata per serviciu.

- Medicul de familie nou-venit intr-o localitate beneficiaza lunar, in baza conventiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioada de maximum 6 luni, de un venit care este format 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 minima garantata pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati, prevazut in norme, se ajusteaza in raport cu gradul profesional si cu 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 stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

- 
- Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze in termen de maximum 18 zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, la valoarea minima garantata pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestriala se face la valoarea definitiva pentru un punct per capita si per serviciu, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului, conform normelor.
  - Furnizorii vor transmite lunar in format electronic, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate, documentele necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit normelor.
  - Raportarea eronata a unor servicii medicale se regularizeaza conform normelor, la regularizare avandu-se in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.