

ORDIN Nr. 1857/441/2023 din 30 mai 2023 - Partea I
privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Text în vigoare începând cu data de 27 iunie 2023)*

**) Această dată reprezintă data intrării în vigoare a actului modificator. Data intrării în vigoare a [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 este prevăzută la [art. 2](#) din textul actualizat.*

Act de bază

#B: *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 bis din 31 mai 2023*

Acte modificatoare

#M1: *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2108/495/2023*

Modificările și completările efectuate prin actul modificator sunt scrise cu font italic. În fața fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma [#M1](#).

#B

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 9.750 din 30 mai 2023 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.086 din 29 mai 2023 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- [art. 229](#) alin. (4) și ale [art. 291](#) alin. (2) din [titlul VIII](#) "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- [art. 7](#) alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 17](#) alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevăzute în [anexele nr. 1 - 50](#), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iulie 2023.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ANEXA 1

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă

la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

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

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

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. manevre de mică chirurgie, după caz;
- d. stabilirea conduitei terapeutice și/sau recomandări igieno-dietetice, precum și instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

1.1.2.1. Consultațiile sunt acordate la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de

la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultații.

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

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

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

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația neasiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a - d prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/neasigurat se decontează o consultație pe lună.

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

utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

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

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, recomandare de investigații paraclinice și tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

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

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

a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

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

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

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicației, după caz.

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

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFG_e), albuminurie, determinarea Raport albumină/creatinină în urină

(RACU), în funcție de nivelul de risc; recomandare, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice și educație pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

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

Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat $\geq 1\%$ și $< 5\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

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

- Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;

- Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ ≥ 10 ani sau alt factor de risc adițional;

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

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

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

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

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

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

- Risc SCORE calculat $\geq 10\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

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

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

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

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

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta 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 simptomelor astmului bronșic - 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. prezența simptomelor nocturne
4. limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: Nici un criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3 - 4 criterii

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

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

a.2. Pentru BPOC - ținta 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, dietă, 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)

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

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic, ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

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

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice se realizează cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

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

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune
- incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

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

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

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al comorbidităților relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigații paraclinice: creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; recomandare pentru tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului RFG_e și al dislipidemie, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: bilanțul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFG_e); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); recomandare pentru investigații paraclinice creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate

suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

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

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

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

- A1 - absentă sau ușor crescută - < 30 mg/g
- A2 - microalbuminurie - $30 - 300$ mg/g
- A3 - macroalbuminurie - > 300 mg/g

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

- G1 - normal eRFG ≥ 90 ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG $60 - 89$ ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzut eRFG $45 - 59$ ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzut: eRFG $30 - 44$ ml/min
- G4 - sever scăzut eRFG eRFG $15 - 29$ ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG < 15 ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic: G1 A1, G2 A1
- Moderat: G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare: G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare: G3a A3, G3b A2, G3b - A3, G4 A1 - A3, G5 A1 - A3

b. hematurie nonurologică

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

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

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicațiilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Recomandarea pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G și A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 și G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată.

Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și

monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

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

a. creșterea și dezvoltarea;
b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform [anexei nr. 2 B](#) la ordin. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului, - timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

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

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

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

- Proteine totale serice
- LDL colesterol

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

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

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

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

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

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

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

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

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație;

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

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

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

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

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

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

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

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

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

- a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani
 - Hemoleucogramă completă
 - VSH
 - Glicemie
 - Colesterol seric total
 - LDL colesterol
 - Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
 - TGO
 - TGP
 - determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
- b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină
 - senologie imagistică
 - examen Babeș-Papanicolau la 2 ani
 - VDRL sau RPR
- c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste
 - Hemoleucogramă completă
 - VSH
 - Glicemie
 - Colesterol seric total
 - LDL colesterol
 - Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
 - PSA la bărbați
 - TGO
 - TGP
 - determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
 - senologie imagistică TSH și FT4 la femei

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

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

1.2.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspționată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

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

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

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

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

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

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

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

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

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

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

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

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

- suplimentarea cu acid folic.

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

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

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

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

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

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

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

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

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

1.2.7.2. Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea

riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

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

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

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

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- examinare DXA
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică,
- examen Babeș-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH și FT4 la femei

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

1.2.8. Pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în

ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

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

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

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

medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

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

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

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

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

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

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/persoană neasigurată și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

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

NOTĂ: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele și prenumele, persoanei neasigurate sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

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

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

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

Nr.	Denumire serviciu
crt.	
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț*3)
4.	Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tușeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracție corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)

-
12. | Imobilizare entorsă*2), *4)
-
13. | Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului,
| furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial,
| înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere
| varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini
| țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea
| firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare
colecții|
| purulente)*1), *2), *4)
-
14. | Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4) *5)
-
15. | Naștere precipitată*2), *4) *5)
-
16. | Testul monofilamentului
-
17. | Peakflowmetria*3)
-
18. | Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include
| medicația)*2), *4)
-
19. | Pansamente, suprimat fire*1)
-
20. | Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de
| prim-ajutor*2), *4)

21.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații*1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică*1), *2), *4)

*1) Serviciile includ tratamentul și supravegherea până la vindecare.

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

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

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

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

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

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

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

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform [Ordinului](#) ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

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

1.6. Servicii de administrare de medicamente

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

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

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative:

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

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

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

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c. recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;

d. manevre de mică chirurgie, după caz;

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

f. bilet de trimitere pentru consultație 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;

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

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

i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar;

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

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

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicină de familie la care îi poate fi transmisă scrisoarea medicală de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute.

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

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a - j prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicină de familie la care îi poate fi transmisă scrisoarea medicală de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea acelorași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

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

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

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

- a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru

investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

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

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

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

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

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

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al

controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

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

Criterii de încadrare în nivel de risc:

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

Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat $\geq 1\%$ și $< 5\%$ pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

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

- Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;

- Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ ≥ 10 ani sau alt factor de risc adițional;

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

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

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

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

- DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani);
- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²);
- Risc SCORE calculat >= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;
- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

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

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

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

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic, ținta 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 bronșic - 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. prezența simptomelor nocturne
4. limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: Nici un criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3 - 4 criterii

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

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

a.2. Pentru BPOC, ținta 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, dietă, 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)

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

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat, examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și, dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

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

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice se realizează cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii

utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

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

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune
- incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

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

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

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

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

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

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

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

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

- A1 - absentă sau ușor crescută - < 30 mg/g
- A2 - microalbuminurie - 30 - 300 mg/g
- A3 - macroalbuminurie - > 300 mg/g

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

- G1 - normal eRFG \geq 90 ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60 - 89 ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzută eRFG 45 - 59 ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30 - 44 ml/min
- G4 - sever scăzută eRFG eRFG 15 - 29 ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG < 15 ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic: G1 A1, G2 A1
- Moderat: G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare: G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare: G3a A3, G3b A2, G3b - A3, G4 A1 - A3, G5 A1 - A3

b. hematurie nonurologică

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

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

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicațiilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

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

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

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

a. creșterea și dezvoltarea;
b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform [anexei nr. 2 B](#) la ordin.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

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

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

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

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

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

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

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

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

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

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

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

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

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

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație;

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

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

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

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

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

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

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

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

- a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani
 - Hemoleucogramă completă
 - VSH
 - Glicemie
 - Colesterol seric total

- LDL colesterol
 - Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
 - TGO
 - TGP
 - determinarea raportului albumină/creatinină urinară
 - b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină
 - senologie imagistică
 - examen Babeș-Papanicolau la 2 ani
 - VDRL sau RPR
 - c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste
 - Hemoleucogramă completă
 - VSH
 - Glicemie
 - Colesterol seric total
 - LDL colesterol
 - Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
 - PSA la bărbați
 - TGO
 - TGP
 - determinarea raportului albumină/creatinină urinară
 - senologie imagistică, examen Babeș-Papanicolau la 2 ani la femei
- simptomatice, TSH și FT4 la femei

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

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

1.2.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

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

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

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

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

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

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

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

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

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

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

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

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

- suplimentarea cu acid folic;

- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetată la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeolă, Citomegalovirus și Herpes simplex.

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

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

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

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

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

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

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

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

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

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

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
- examinare DXA
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică, examen Babeș-Papanicolau la 2 ani la femei simptomate, TSH și FT4 la femei

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

NOTA 1. Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau
- c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate

diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

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

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

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților 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 și lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/asigurat și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.5. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultații pe zi.

NOTĂ: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, asiguratului sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

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

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

Medicii de familie efectuează și interpretează ecografiile numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografia generală - abdomen și pelvis numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen și pelvis se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în [anexa 20](#) la ordin.

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

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

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

Nr.	Denumire serviciu
crt.	
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț*3)
4.	Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tușeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracție corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)

12. | Imobilizare entorsă*2), *4)
-
13. | Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului,
| furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial,
| înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere
| varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini
| țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea
| firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare
colecții|
| purulente)*1), *2), *4)
-
14. | Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4) *5)
-
15. | Naștere precipitată*2), *4) *5)
-
16. | Testul monofilamentului
-
17. | Peakflowmetria*3)
-
18. | Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include
| medicația)*2), *4)
-
19. | Pansamente, suprimat fire*1)
-
20. | Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de
| prim-ajutor*2), *4)
-

21.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații*1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică*1), *2), *4)

*1) Serviciile includ tratamentul și supravegherea până la vindecare.

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

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

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

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

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenței medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform [anexei 2](#) la ordin. Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice.

1.5. Activitățile de suport

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

- a. certificat de concediu medical;
- b. bilete de trimitere;

- c. prescripții medicale;
- d. adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
- e. acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;
- f. adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform [Ordinului ministrului sănătății nr. 1456/2020](#) pentru aprobarea Normelor de igienă din unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și tinerilor, cu modificările ulterioare;
- g. certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform [Ordinului](#) ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale;
- h. fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform [Ordinului](#) ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;
- i. adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;
- j. eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;
- k. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
- l. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

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

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

1.6. Servicii de administrare de medicamente

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

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

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

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. și pct. 1.2.

subpct. 1.2.4. din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute în [anexa nr. 1](#) la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, precum și pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

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

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

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

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

NOTA 2: În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - și persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

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

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

c) Medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban - în condițiile prevederilor [art. 14](#) alin. (1) și [art. 17](#) alin. (1) de la [capitolul I](#) din [anexa](#)

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

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

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

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea.

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

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile [art. 1](#) alin. (2) lit. a) pct. 3, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat.

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, cu respectarea legislației în vigoare.

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

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

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

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

A. PACHET MINIMAL		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate persoanelor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din puncte/consultație/ maternitate	1 consultație la	15
	domiciliu/	cabinet,
- la domiciliul copilului puncte/consultație/	cabinet	30
		domiciliu
		- cu durată estimată

		de 30 minute
b) - la 1 lună - la puncte/consultație/ domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu/ cabinet,	15
puncte/consultație/	cabinet	30
	domiciliu	
		- cu durată estimată
		de 30 minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, puncte/consultație, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	15 cu durată estimată de 30 minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/ an/ asigurat	10 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz	1 consultație	10 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din	1 consultație	10 puncte/consultație

luna a 3-a până în luna a	pentru fiecare	
7-a;	lună	
_____	_____	_____
c) supravegherea, de două ori	2 consultații	10 puncte/consultație
pe lună, din luna a 7-a până	pentru fiecare	
în luna a 9-a inclusiv;	lună	
_____	_____	_____
d) urmărirea lăuzei la		
externarea din maternitate		
_____	_____	_____
d1) la cabinet;	1 consultație la	10 puncte/consultație
	domiciliu	
_____	_____	_____
d2) la domiciliu;	1 consultație la	30 puncte/consultație
	domiciliu	
_____	_____	_____
e) urmărirea lăuzei la 4		
săptămâni de la naștere		
_____	_____	_____
e1) la cabinet;	1 consultație la	10 puncte/consultație
	cabinet	
_____	_____	_____
e2) la domiciliu;	1 consultație la	15 puncte/consultație
	domiciliu	
_____	_____	_____
3. Evaluarea, intervenția și		

monitorizarea adultului		
asimptomatic		
a) persoane neasigurate cu puncte/consultație;	2 consultații/	10
vârsta între 18 și 39 ani	persoană pe an	Cea de-a doua
	pentru	consultație, în care
	completarea	medicul realizează
	riscogramei	intervenția
		individuală privind
		riscurile
		modificabile, se
		acordă în maximum 90
		de zile de la prima
		consultație.
b) persoane neasigurate cu	1 - 3	Până la 30 puncte/
vârsta > 40 ani	consultații/	pachet de prevenție;
	persoană/pachet	intervalul de 6 luni
	prevenție anual;	are ca dată de
început	consultațiile	data primei
	pot fi acordate	consultații în cadrul
	într-un interval	pachetului; se
	de maxim 6 luni	decontează fiecare
	consecutive;	consultație odată cu
		activitatea lunii în
		care a fost efectuată

b.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/ pachet prevenție	10 puncte/consultație
b.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație/ pachet prevenție	10 puncte/consultație
b.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație/ pachet prevenție	10 puncte/consultație
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani	2 consultații/ pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultație.

<p>5. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani</p>	<p>2 consultații/ pachet depistare precoce</p>	<p>10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la consultație.</p>
<p>6. Servicii medicale curative</p>		
<p>a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice</p>	<p>2 consultații/ persoană/ episod</p>	<p>5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)</p>
<p>a1) Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță</p>	<p>2 consultații/ persoană/episod</p>	<p>5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la</p>

		lit. b) a alin. (3)
<hr/>		
b) Consultații periodice puncte/consultație pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice - la cabinet	1 consultație/ persoană/lună	5,5 pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
<hr/>		
b1) Consultațiile pentru puncte/consultație afecțiunile cronice acordate la distanță	1 consultație/ persoană/lună	5,5 pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
<hr/>		
c) Management de caz:		
<hr/>		
c.1) evaluarea inițială a cazului nou		
<hr/>		
c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultație pentru fiecare consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început

		data primei
		consultații în cadrul
		evaluării;
c.1.2) evaluarea inițială a	3 consultații ce	10 puncte/consultație
cazului nou de astm bronșic	pot fi acordate	pentru fiecare
și boala cronică respiratorie	într-un interval	consultație în cadrul
obstructivă - BPOC	de maxim 3 luni	evaluării inițiale a
	consecutive;	cazului nou;
		intervalul de 3 luni
		are ca dată de
început		data primei
		consultații în cadrul
		evaluării;
c.1.3) evaluarea inițială a	3 consultații ce	10 puncte/consultație
cazului nou de boală cronică	pot fi acordate	fiecare consultație
în	într-un interval	cadrul evaluării
de rinichi	de maxim 3 luni	inițiale a cazului
	consecutive;	nou; intervalul de 3
		luni are ca dată de
		început data primei
		consultații în cadrul
		evaluării;
	0 singură dată,	Suplimentar 5,5

	în trimestrul în	puncte/persoană - caz
	care a fost	nou confirmat de
	făcută	medicul de
	confirmarea	specialitate pentru
		fiecare dintre
		serviciile prevăzute
		la pct. c.1.1),
c.1.2)		și c.1.3)
<hr/>		
c.2) monitorizare pentru una	2 consultații în	10 puncte/consultație
sau mai multe dintre bolile	cadrul	în cadrul
cronice incluse în	monitorizării	monitorizării -
managementul de caz (HTA,	managementului	management de caz; Se
dislipidemie și diabet	de caz	raportează fiecare
zaharat tip 2, astm bronșic		consultație odată cu
și boala cronică respiratorie		activitatea lunii în
obstructivă - BPOC, boală		care a fost
efectuată,		iar intervalul maxim
cronică de rinichi)		între cele 2
		consultații este de
90		de zile;
		O nouă monitorizare
de		management de caz se
		efectuează după 6
luni		consecutive,
calculate		față de luna în care
a		

		fost efectuată cea de
		la doua consultație
din		cadrul monitorizării
		anterioare a
		managementului de
caz.		
<hr/>		
7. Consultații pentru	2 consultații/	10
puncte/consultație/	persoană/an	persoană
acordarea serviciilor de		
planificare familială		
<hr/>		
8. Urgență pentru care s-au	0 consultație/	5,5 puncte/
asigurat intervenții de primă	persoană/	consultație/persoană/
necesitate în urgențele	situație de	situație
medico-chirurgicale sau care	urgență	
a fost rezolvată la nivelul		
cabinetului medical		
<hr/>		
9. Supraveghere și depistare	1 consultație	5,5
puncte/consultație	per persoană	
de boli cu potențial	pentru fiecare	
endemo-epidemic	boală cu	
	potențial	
	endemo-epidemic	
	suspicionată și	
	confirmată,	
	inclusiv pentru	

	bolnavul TBC nou	
	descoperit activ	
	de medicul de	
	familie	
	_____	_____
10. Servicii la domiciliu:		
	_____	_____
a) Urgență	1 consultație	15 puncte/consultație
	pentru fiecare	care se încadrează în
	situație de	limitele prevăzute la
	urgență	lit. b) a alin. (3).
		Se acordă 15 puncte/
		consultație și pentru
		consultația acordată
		la locul solicitării.
	_____	_____
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/ episod	15 puncte/consultație care se încadrează în
		limitele prevăzute la
		lit. b) a alin. (3)
	_____	_____
c) Boli cronice	1 consultație/ persoană/lună	15 puncte/consultație care se încadrează în
		limitele prevăzute la
		lit. b) a alin. (3)
	_____	_____

d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	20 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3	20 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;

	luni are ca dată	
	de început data	
	primei	
	consultații în	
	cadrul	
	evaluării;	
	_____	_____

d.1.3) evaluarea inițială a	3 consultații ce	20 puncte/consultație
cazului nou de boală cronică	pot fi acordate	în cadrul evaluării
de rinichi	într-un interval	inițiale a cazului
	de maxim 3 luni	nou;
	consecutive;	
	intervalul de 3	
	luni are ca dată	
	de început data	
	primei	
	consultații în	
	cadrul	
	evaluării;	
	_____	_____

	O singură dată,	Suplimentar 5,5
	în trimestrul în	puncte/asigurat - caz
	care a fost	nou confirmat de
	făcută	medicul de
	confirmarea	specialitate pentru
		fiecare dintre

		serviciile prevăzute
		la pct. d.1.1),
d.1.2)		și d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una	2 consultații în	20 puncte/consultație
sau mai multe dintre bolile	cadrul	în cadrul
cronice incluse în	monitorizării	monitorizării -
managementul de caz (HTA	managementului	management de caz;
dislipidemie și diabet	de caz	- Se raportează
zaharat tip 2, astm bronșic		fiecare consultație
și boala respiratorie		odată cu activitatea
obstructivă - BPOC, boală		lunii în care a fost
cronică de rinichi)		efectuată, iar
		intervalul maxim
între		cele 2 consultații
		este de 90 de zile;
		- O nouă monitorizare
		de management de caz
		se efectuează după 6
		luni consecutive
		calculate față de
luna		în care a fost
		efectuată cea de a
		doua consultație din
		cadrul monitorizării
		anterioare a

caz.		managementului de
e) Constatatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la
lit.		b) a alin. (3).
11. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/lună/ persoană cu condiția realizării schemei complete de tratament
12. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspiciat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
13. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:	Tariful include materialele	

	sanitare și	
	consumabilele	
	specifice. Se	
	decontează	
	potrivit art. 15	
	alin. (2).	
a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei		5 puncte/serviciu
e) Tușeu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extracție corp străin din fosele nazale		8 puncte/serviciu

h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen	8 puncte/serviciu
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)	4 puncte/ședință
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie	10 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical	10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă	8 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale	10 puncte/serviciu

(anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecției purulente)	
n) Supraveghere travaliu fără naștere	50 puncte/serviciu
o) Naștere precipitată	100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului	5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie	5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)	3 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire	5 puncte/serviciu
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor	5 puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test	5 puncte/serviciu

Babeş-Papanicolau pentru		
femeile simptomatice sau care		
planifică o sarcină		
_____	_____	_____
ț) Testul Frax - calcularea		3 puncte/serviciu
riscului de fractură la		
pacienții cu osteoporoză		
_____	_____	_____
u) Tratamente intravenoase cu		6 puncte/serviciu
injectomat, perfuzii		
intravenoase		
_____	_____	_____
v) Imobilizarea unei		10 puncte/serviciu
fracturi, entorse, luxații		
_____	_____	_____
x) Spălătură gastrică		10 puncte/serviciu
_____	_____	_____
A. PACHET DE BAZĂ		
_____	_____	_____
1. Serviciile medicale		
preventive și profilactice		
acordate asiguraților cu		
vârsta 0 - 18 ani		
_____	_____	_____
a) - la externarea din	1 consultație la	15
puncte/consultație/		

maternitate - la domiciliul copilului puncte/consultație/	domiciliu 	cabinet, 30 domiciliu - cu durată estimată de 30 minute
b) - la 1 lună - la puncte/consultație/ domiciliul copilului 	1 consultație la domiciliu 	15 cabinet, 30 domiciliu - cu durată estimată de 30 minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, puncte/consultație, 18, 24 și 36 luni minute	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	15 care durează 30
d) - de la 4 ani la 18 ani 	1 consultație/ an/asigurat	10 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei 		
a) luarea în evidență în primul trimestru; serviciul 	1 consultație 	10 puncte/consultație

include și depistarea		
sarcinii, după caz		
b) supravegherea, lunar, din	1 consultație	10 puncte/consultație
luna a 3-a până în luna a	pentru fiecare	
7-a;	lună	
c) supravegherea, de două ori	2 consultații	10 puncte/consultație
pe lună, din luna a 7-a până	pentru fiecare	
în luna a 9-a inclusiv;	lună	
d) urmărirea lăuzei la		
externarea din maternitate		
d1) la cabinet;	1 consultație la	10 puncte/consultație
	cabinet	
d2) la domiciliu;	1 consultație la	30 puncte/consultație
	domiciliu	
e) urmărirea lăuzei la 4		
săptămâni de la naștere		
e1) la cabinet;	1 consultație la	10 puncte/consultație
	cabinet	

	de maxim 6 luni	Se raportează fiecare
	consecutive;	consultație odată cu
		activitatea lunii în
		care a fost efectuată
b.1) consultație evaluare	1 consultație/	10 puncte/consultație
inițială	pachet prevenție	
b.2) consultație pentru	1 consultație/	10 puncte/ședință,
intervenție individuală	pachet prevenție	consultație
privind riscurile		
modificabile		
b.3) consultație pentru	1 consultație/	10 puncte/consultație
monitorizare/control	pachet prevenție	
4. Consultații preventive de	2 consultații/	10 puncte pentru
depistare precoce a unor	pachet depistare	fiecare consultație;
afecțiuni pentru persoane cu	precoce	cea de-a doua
vârsta între 40 și 60 ani		consultație, în care
		medicul realizează
		intervenția
		individuală privind
		riscurile
		modificabile, se

		efectuează în maximum
		90 de zile de la
prima		consultație.
<hr/>		
5. Consultații preventive de	2 consultații/	10 puncte pentru
depistare precoce a unor	pachet depistare	fiecare consultație;
afecțiuni pentru persoane cu	precoce	cea de-a doua
vârsta de peste 60 de ani		consultație, în care
		medicul realizează
		intervenția
		individuală privind
		riscurile
		modificabile, se
		efectuează în maximum
		90 de zile de la
prima		consultație.
<hr/>		
6. Servicii medicale curative		
<hr/>		
a) Consultația în caz de	2 consultații/	5,5
puncte/consultație		
boală pentru afecțiuni acute,	asigurat/episod	pentru consultațiile
subacute și acutizările unor		care se încadrează în
afecțiuni cronice		limitele prevăzute la
		lit. b) a alin. (3)
<hr/>		
a1) Consultațiile pentru	2 consultații/	5,5
puncte/consultație		

<p>c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC</p> <p>început </p>	<p> 3 consultații ce</p> <p> pot fi acordate</p> <p> într-un interval</p> <p> de maxim 3 luni</p> <p> consecutive;</p>	<p> 10 puncte/consultație</p> <p> pentru fiecare</p> <p> consultație în cadrul</p> <p> evaluării inițiale a</p> <p> cazului nou;</p> <p> intervalul de 3 luni</p> <p> are ca dată de</p> <p> data primei</p> <p> consultații în cadrul</p> <p> evaluării;</p>
<p>c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi</p> <p>luni </p> <p>început </p>	<p> 3 consultații ce</p> <p> pot fi acordate</p> <p> într-un interval</p> <p> de maxim 3 luni</p> <p> consecutive;</p>	<p> 10 puncte/consultație</p> <p> pentru fiecare</p> <p> consultație în cadrul</p> <p> evaluării inițiale a</p> <p> cazului nou; de 3</p> <p> are ca dată de</p> <p> data primei</p> <p> consultații în cadrul</p> <p> evaluării;</p>
	<p> 0 singură dată,</p> <p> în trimestrul în</p> <p> care a fost</p> <p> făcută</p>	<p> Suplimentar 5,5</p> <p> puncte/asigurat - caz</p> <p> nou confirmat de</p> <p> medicul de</p>

	confirmarea	specialitate pentru
		fiecare dintre
		serviciile prevăzute
		la pct. c.1.1),
c.1.2)		și c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una	2 consultații în	10 puncte/consultație
sau mai multe dintre bolile	cadrul	în cadrul
cronice incluse în	monitorizării	monitorizării -
managementul de caz (HTA,	managementului	management de caz; Se
dislipidemie și diabet	de caz	raportează fiecare
zaharat tip 2, astm bronșic		consultație odată cu
și boala cronică respiratorie		activitatea lunii în
obstructivă - BPOC, boală		care a fost
efectuată,		iar intervalul maxim
cronică de rinichi)		între cele 2
		consultații este de
90		de zile; O nouă
		monitorizare de
		management de caz se
		efectuează după 6
luni		consecutive,
		față de luna în care
calculate		fost efectuată cea de
		a doua consultație
a		cadrul monitorizării
din		

		anterioare a
caz.		managementului de
7. Servicii la domiciliu:		
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/ episod	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultație/ asigurat/lună	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		

d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	20 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	20 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;

<p>d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi</p>	<p>3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;</p>	<p>20 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;</p>
<p>d.1.2)</p>	<p>0 singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea</p>	<p>Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), și d.1.3)</p>
<p>d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile</p>	<p>2 consultații în cadrul</p>	<p>20 puncte/consultație în cadrul</p>

cronice incluse în	monitorizării	monitorizării -
managementul de caz (HTA	managementului	management de caz;
dislipidemie și diabet	de caz	- Se raportează
zaharat tip 2, astm bronșic		fiecare consultație
și boala respiratorie		odată cu activitatea
obstructivă - BPOC, boală		lunii în care a fost
cronică de rinichi)		efectuată, iar
		intervalul maxim
între		cele 2 consultații
		este de 90 de zile;
		- O nouă monitorizare
		de management de caz
		se efectuează după 6
		luni consecutive
		calculate față de
luna		în care a fost
		efectuată cea de a
		doua consultație din
		cadrul monitorizării
		anterioare a
		managementului de
caz.		
<hr/>		
e) Constatarea decesului cu	1 examinare la	15 puncte/examinare
sau fără eliberarea	domiciliu	pentru constatarea
certificatului medical		decesului, care se
constatator de deces		încadrează în

lit.		prevederile de la
		b) a alin. (3).
<hr/>		
8. Administrare schema	conform schemei	40 de puncte/lună/
tratament direct observat	stabilite de	asigurat cu condiția
(DOT) pentru bolnavul TBC	către medicul	realizării schemei
confirmat	pneumolog	complete de tratament
<hr/>		
9. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare	15 puncte/caz/în luna
	caz suspiciat	în care medicul de
	de medicul de	familie a primit
	familie și	confirmarea
	confirmat de	
	medicul	
	specialist se	
	acordă punctaj	
	suplimentar	
<hr/>		
10. Servicii medicale	Tariful include	
diagnostice și terapeutice:	materialele	
	sanitare și	
	consumabilele	
	specifice. Se	
	decontează	
	potrivit art. 15	
	alin. (2).	

a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei		5 puncte/serviciu
e) Tușeu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extracție corp străin din fosele nazale		8 puncte/serviciu
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen		8 puncte/serviciu
i) Administrare medicație		4 puncte/ședință

aerosoli (nu include medicația)		
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		10 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical		10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		8 puncte/serviciu
m) Tratatamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)		10 puncte/serviciu

n) Supraveghere travaliu fără naștere		50 puncte/serviciu
o) Naștere precipitată		100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)		3 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		5 puncte/serviciu
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		5 puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină		5 puncte/serviciu
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la		3 puncte/serviciu

pacienții cu osteoporoză		
u) Tratamente intravenoase cu		6 puncte/serviciu
injectomat, perfuzii		
intravenoase		
v) Imobilizarea unei		10 puncte/serviciu
fracturi, entorse, luxații		
x) Spălătură gastrică		10 puncte/serviciu

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Toate serviciile cuprinse la litera A și 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 și 1.5 pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces din [anexa nr. 1](#) la ordin, precum și consultațiile prevăzute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1 și 1.3 din [anexa nr. 1](#) la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical. Punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice prevăzute în [anexa 1](#), litera B subpunctul 1.4.2., intră în plata pe serviciu medical.

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

ART. 3

(1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate fac demersurile necesare în vederea identificării unui medic înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară/contract în derulare, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligații contractuale aflați în evidența acestora, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situația în care preluarea activității se face de către medici aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea

corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcție de necesități.

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, concediul pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani, vacanță, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate, precum și la următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, participare la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună/transmită (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici cu contract în derulare, cu condiția ca medicul înlocuitor să-și desfășoare activitatea în aceeași localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în funcție de necesități. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate/medicul de familie înlocuit va depune/transmite (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate conform modelului prevăzut în [anexa 4](#) la ordin și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare pe an calendaristic.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3),

acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract al cabinetului medical.

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

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

(7) Pentru situațiile în care, pentru perioada de vacanță, medicul de familie nu încheie convenție de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- c) consultații pentru afecțiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situațiile prevăzute la alin. (7) medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.

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

ART. 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. Pentru situațiile de reciprocitate între medici, aceștia încheie o convenție de reciprocitate, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

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

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

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5

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

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

încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6

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

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

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

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

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

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

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

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

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

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

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical

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

1.1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban, în baza convenției, formată din:

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

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

1.2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 1.1 la care se adaugă un spor de 50%.

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

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

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

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

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

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

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

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

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

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

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

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

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

ART. 7

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

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

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

ART. 8

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

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

ART. 9

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

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

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

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

ART. 10

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

ART. 11

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

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

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

a) Pentru un număr de minim 1.000 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu

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

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

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

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

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

ART. 12

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

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

ART. 13

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității.

ART. 14

În aplicarea [art. 19](#) alin. (1) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, ecografiile generale (abdomen și pelvis) la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

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

La calculul punctajului serviciilor diagnostice și terapeutice se au în vedere atât serviciile acordate la nivelul cabinetului, cât și cele acordate la domiciliu sau la locul solicitării, în cadrul pachetului minimal de servicii și pachetului de servicii de bază. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe săptămână, numărul total de puncte decontat pentru consultațiile, serviciile medicale diagnostice și

terapeutice acordate în cabinet sau la domiciliu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

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

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

c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultație în minus față de 20 de consultații ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi decontate este de 20 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate în medie pe zi este de 24 de consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 24 de consultații ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi decontate este 24 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate în medie pe zi este de 28 de consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 28 de consultații ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 40 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi decontate este de 28 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate în medie pe zi este de 32 de consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 32 de consultații ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte;

d) prin excepție de la prevederile lit. a) - c), în trimestrul IV, numărul de consultații și punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice ce pot

fi decontate în medie pe zi, raportat la programul de lucru al unui medic la cabinet, prevăzute la lit. a) - c), se calculează la nivelul fiecărei luni.

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

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

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

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

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

- a survenit încetarea pedepsei privative de libertate
- mă aflu în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate
- mă aflu în arest la domiciliu
- situație generată de specificul activității personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu
- medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/ muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, 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/întreruperea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

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

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

Semnătura:

*) Se completează cu datele 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 2 B

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta 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 vârstă/sex.

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

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

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, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;
- evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- verificarea efectuării în maternitate a vaccinurilor și screeningurilor neonatale;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă; consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - 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, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);

- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii);
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;
- screening malformații cardiovasculare;
- screening displazie dezvoltare a șoldului;
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);
- continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani;
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni;
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni;
- evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
- evaluare socio-emoțională;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- screeningul tulburărilor de auz;
- screeningul tulburărilor de vedere;
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste;

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

Întrebări adresate părintelui	Da	Nu
Uneori		
Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0
Copilul dvs. este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2
Se opune când este luat în brațe de dvs.?	2	0
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2
Zâmbește când dvs. îi zâmbiți? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Folosește cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume?/	0	2

Întoarce capul când este strigat?			
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură măinile, Țopăie, merge pe vârfuri, se învâрте în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

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

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

La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/aparținătorului/tutorei legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

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

d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:

- evaluarea practicilor nutriționale (anamneză nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii;
- continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei c, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

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

În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani și 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC);
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;
- mesaje de consiliere țintite pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe);
- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată;
- screeningul tulburări de creștere/tulburări de statică vertebrală;

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

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

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

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din [anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă

consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

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

- consiliere și screening BTS, la cei cu comportament la risc;
- recomandare VDRL sau RPR;
- screening-ul depresiei;
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/indicație vaccinare HPV;
- consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență;
- consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală);
- consiliere țintită pentru copii privind stilul de viață sănătos (uzul de substanțe);
- depistarea copiilor cu antecedente familiale de depresie, autovătămare deliberată, afecțiuni de sănătate mintală comorbide sau afecțiuni medicale cronice, experiența unui eveniment negativ major (inclusiv hărțuirea) în vederea intervenției precoce cu preîntâmpinarea unor comportamente dăunătoare sănătății.

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

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULȚI ASIMPTOMATICI

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

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultații preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

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

Riscograma va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;
- activitatea fizică;
- dieta - evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);
 - consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc.);
 - evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;

- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

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

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

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

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

(C) 2007 ESC

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

NOTĂ: Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru 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 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 riscogramă 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.

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, colorectal, ovarian etc.);

- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

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

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- Istoric:

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

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

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

- de insuficiență renală acută în antecedente

- Nivel socio-economic scăzut

- Expunere la solvenți organici, benzină și derivați, siliciu, plumb

- Obezitate

- Fumat

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

3. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;

- consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

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

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă;

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

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

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

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

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

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct

- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

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

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

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

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

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

3. Intervenții asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- Selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

f. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

f.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

f.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție;
- femei și bărbați de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple).

f.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă;
- consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină;
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:
 - antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
 - expunerea prelungită la radiațiile solare;
 - istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilăriei;
 - istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
 - mai mult de 50 de alunițe pe corp;
 - mulți pistrui (extinși) la nivelul porțiunii superioare a spatelui, prezența a > 5 nevi atipici (displazici);
 - culoarea deschisă a pielii;
 - culoarea deschisă a ochilor;
 - părul blond sau roșcat.
2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:
 - trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
 - consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

B.2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

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

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

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

- activitatea fizică;
- dieta - evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);
 - consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc.);
 - evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;
 - încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
 - aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
 - includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți):
 - Persoane ≥ 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani).
- În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
 - colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;
 - glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA $> 140/90$, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
 - creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA $> 140/90$.

Harta SCORE

Riscul de boală cardiovasculară fatală la 10 ani

Populația europeană la risc înalt cardiovascular

		FEMEI				BĂRBAȚI			
		Nefumător		Fumător		Vârsta	Nefumător		
		_____		_____			_____		
		_____		_____			_____		
	180	# # # #	# # # #	# # # #	# # # #		# # # #	# #	
		12 13 14 15	17 19 20 21				24 26 30 33		
		33 36 40 45	_____	_____	_____		_____		
		__ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __			__ __ __ __		
	160	# # # #	# # # #	# # # #	# # # #		# # # #	# #	
		10 11 12 13	14 15 16 18				20 22 25 28		
		27 31 34 39	__ __ __ __	__ __ __ __	70		__ __ __ __		
		__ __ __ __	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
	140	= = # #	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
		8 9 10 10	12 13 14 15				16 18 21 24		
		23 26 29 33	__ __ __ __	__ __ __ __			__ __ __ __		
		__ __ __ __	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
	120	= = = =	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
		7 7 8 9	10 10 11 12				13 15 17 20		
		19 22 25 28	__ __ __ __	__ __ __ __			__ __ __ __		
		__ __ __ __	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
	180	= = = =	# # # #	# # # #			# # # #	# #	
		7 8 8 9	11 12 13 15				15 17 20 23		
		23 26 30 34	__ __ __ __	__ __ __ __			__ __ __ __		
		__ __ __ __	# # # #	# # # #			# # # #	# #	

	160	= = = = = = # #	# # # # # #
# #		5 6 6 7 8 9 10 11	12 14 16 18
18 21 24 27		__ __ __ __ __ __ __ __	65 __ __ __ __
__ __ __ __	140	& & = = = = = =	= # # # # #
# #		4 4 5 5 7 7 8 9	9 11 12 14
14 16 19 22		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	120	& & & & = = = =	= = # # # #
# #		3 3 4 4 5 5 6 7	7 8 10 11
11 13 15 17		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		_____	_____
_____	180	& & = = = = = #	# # # # # #
# #		4 4 5 5 7 8 9 10	10 11 13 15
16 19 22 25		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	160	& & & & = = = =	= = # # # #
# #		3 3 3 4 5 6 6 7	7 8 10 11
12 14 16 19		__ __ __ __ __ __ __ __	60 __ __ __ __
__ __ __ __	140	@ @ @ & & & & =	= = = = = #
# #		2 2 2 3 4 4 4 5	5 6 7 8
Tensiunea		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
9 10 12 14		@ @ @ @ & & & &	& & = = = =
arterială	120	1 1 2 2 3 3 3 3	4 4 5 6 6
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
sistolica		_____	_____
(mmHg)		_____	_____
7 9 10		_____	_____
__ __ __ __		_____	_____
_____	180	@ @ & & = = = =	= = = # # #
# #		2 2 3 3 5 5 6 7	6 7 9 10
11 13 16 18		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		_____	_____

	160	@ @ @ @ & & & &	& = = = = =
# #		1 2 2 2 3 3 4 4	4 5 6 7 8
9 11 13		__ __ __ __ __ __ __ __	55 __ __ __ __
__ __ __ __	140	@ @ @ @ @ @ @ &	& & & = = =
= =		1 1 1 1 2 2 2 3	3 3 4 5 5
6 7 9		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	120	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ & & & &
= =		1 1 1 1 1 1 2 2	2 2 3 3 4
4 5 6		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		_____	_____
_____	180	@ @ @ @ & & & &	& = = = = =
# #		1 1 2 2 3 3 4 4	4 5 6 7 8
9 11 13		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	160	@ @ @ @ @ @ @ &	@ & & & = =
= =		1 1 1 1 2 2 2 3	2 3 3 4 5
6 7 9		__ __ __ __ __ __ __ __	50 __ __ __ __
__ __ __ __	140	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ & & &
= =		0 0 1 1 1 1 1 2	2 2 2 3 3
4 5 6		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	120	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ @ @ @
& &		0 0 0 0 1 1 1 1	1 1 1 2 2
2 3 4		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		_____	_____
_____	180	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ & & &
= =		0 0 1 1 1 1 2 2	2 2 2 3 4
4 5 7		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __			

	160	@	@	@	@		@	@	@	@		@	@	@	@		@	@
& &		0	0	0	0		1	1	1	1		1	1	1	2		2	
2 3 4		__ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __	40	__ __ __ __												
__ __ __ __	140	@	@	@	@		@	@	@	@		@	@	@	@		@	@
@ @		0	0	0	0		0	0	0	1		0	1	1	1		1	
1 2 2		__ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __		__ __ __ __												
__ __ __ __	120	@	@	@	@		@	@	@	@		@	@	@	@		@	@
@ @		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	1		1	
1 1 1		__ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __		__ __ __ __												
__ __ __ __		4	5	6	7		4	5	6	7		4	5	6	7		4	
5 6 7																		

Colesterol total (mmol/L)

@	&	=	#
< 3%	3 - 4%	5 - 9%	>= 10%

Casetele marcate cu @ sunt de culoare verde.
Casetele marcate cu & sunt de culoare galbenă.
Casetele marcate cu = sunt de culoare roșie.
Casetele marcate cu # sunt de culoare maro.

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 consultații de management de caz).

NOTĂ: 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 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 riscogramă 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 cancerle incluse 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 Babeș Papanicolau.

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- Istoric:
 - familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficiență renală, dializă sau transplant renal;
 - de greutate mică la naștere (sub 2,5 kg);
 - de reducere a masei rinichilor (nephrectomie, rinichi unic);
 - de insuficiență renală acută în antecedente;
- Nivel socio-economic scăzut;
- Expunere la solvenți organici, benzină și derivați, siliciu, plumb;
 - Obezitate;
 - Fumat.

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

3. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
- consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

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

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă);

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

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

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

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

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

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte

- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

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

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

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

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

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

Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

f. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

f.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

f.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție.

f.3. Intervenție asupra riscurilor:

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

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungită la radiațiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilăriei;
- istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
- mai mult de 50 de alunițe pe corp;
- mulți pistrui (extinși) la nivelul porțiunii superioare a spatelui, prezența a > 5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisă a pielii;
- culoarea deschisă a ochilor;
- părul blond sau roșcat.

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
- consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

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

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

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice*) consemnate în riscogramă.

#CIN

**) Sintagma "consultație și/investigații specifice" nu este corectă, însă ea este reprodusă exact în forma în care a fost publicată la pagina 67 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 bis din 31 mai 2023.*

#B

Consultațiile preventive de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții cu vârsta între 40 și 60 ani cuprind aceleași evaluări și intervenții care se realizează în cadrul consultațiilor preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic

cu vârsta de 40 de ani și peste, reglementate la litera B2, fiind întocmită riscograma corespunzătoare pentru riscurile privind afecțiunile cu care adultul nu este în evidența medicului de familie la data acordării consultației.

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

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

- afecțiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopozică, mielom multiplu), infecții sistemice (VHB, VHC, HIV), infecții urinare complicate, litiază reno-urinară de infecție, consecutivă obstrucției sau metabolic activă (> 1 episod pe an), obstrucției ale tractului urinar (obstrucție cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivații ale tractului urinar);

- situații care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potențial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanți ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină și alți derivați 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat)).

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

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

Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice,

sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

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

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:
 - fumatul (pachete/an);
 - consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul C1 subpunctul d.1.2;
 - activitatea fizică;
- dieta - evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);
 - consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc.);
 - evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;
 - evaluarea nevoilor psiho-sociale;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE \geq 5 sau factori individuali crescuți):

<p>140 # # 8 9 10 10 12 13 14 15 23 26 29 33 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>= = # # # # # # 7 7 8 9 10 10 11 12 19 22 25 28 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p> # # # # # # 16 18 21 24 _ _ _ _ _ # # # # # # 13 15 17 20 _ _ _ _ _ </p>
<hr/>		
<p>180 # # 23 26 30 34 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>= = = = # # # # 7 8 8 9 11 12 13 15 18 21 24 27 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p> # # # # # # 15 17 20 23 _ _ _ _ _ # # # # # # 12 14 16 18 _ _ _ _ _ </p>
<hr/>		
<p>140 # # 14 16 19 22 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>& & = = = = = = 4 4 5 5 7 7 8 9 11 13 15 17 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>65 = # # # # # 9 11 12 14 _ _ _ _ _ = = # # # # 7 8 10 11 _ _ _ _ _ </p>
<hr/>		
<p>180 # # 16 19 22 25 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>& & = = = = = # 4 4 5 5 7 8 9 10 12 14 16 19 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p> # # # # # # 10 11 13 15 _ _ _ _ _ = = # # # # 7 8 10 11 _ _ _ _ _ </p>
<hr/>		
<p>160 # # 12 14 16 19 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>& & & & = = = = 3 3 3 4 5 6 6 7 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>60 = = # # # # 7 8 10 11 _ _ _ _ _ </p>

_____	140	@ @ @ & & & & =	= = = = = #
# #			
Tensiunea		2 2 2 3 4 4 4 5	5 6 7 8
9 10 12 14			
arterială		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __			
sistolica	120	@ @ @ @ & & & &	& & = = = =
= #			
(mmHg)		1 1 2 2 3 3 3 3	4 4 5 6 6
7 9 10			
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __			

_____	180	@ @ & & = = = =	= = = # # #
# #			
11 13 16 18		2 2 3 3 5 5 6 7	6 7 9 10
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

_____	160	@ @ @ @ & & & &	& = = = = =
# #			
9 11 13		1 2 2 2 3 3 4 4	4 5 6 7 8
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

55

_____	140	@ @ @ @ @ @ @ &	& & & = = =
# #			
6 7 9		1 1 1 1 2 2 2 3	3 3 4 5 5
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

_____	120	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ & & & &
# #			
4 5 6		1 1 1 1 1 1 2 2	2 2 3 3 4
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

_____	180	@ @ @ @ & & & &	& = = = = =
# #			
9 11 13		1 1 2 2 3 3 4 4	4 5 6 7 8
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

_____	160	@ @ @ @ @ @ @ &	@ & & & = =
# #			
6 7 9		1 1 1 1 2 2 2 3	2 3 3 4 5
__ __ __ __		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __

50

	140	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ & &
= =		0 0 1 1 1 1 1 2	2 2 2 3 3
4 5 6		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	120	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ @ @ @
& &		0 0 0 0 1 1 1 1	1 1 1 2 2
2 3 4		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		_____	_____
_____	180	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ & &
= =		0 0 1 1 1 1 2 2	2 2 2 3 4
4 5 7		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	160	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ @ @ @
& &		0 0 0 0 1 1 1 1	1 1 1 2 2
2 3 4		__ __ __ __ __ __ __ __	40 __ __ __ __
__ __ __ __	140	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ @ @ @
@ @		0 0 0 0 0 0 0 1	0 1 1 1 1
1 2 2		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __	120	@ @ @ @ @ @ @ @	@ @ @ @ @ @
@ @		0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 1 1
1 1 1		__ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __
__ __ __ __		4 5 6 7 4 5 6 7	4 5 6 7 4
5 6 7			

Colesterol total (mmol/L)

@ < 3%	& 3 - 4%	= 5 - 9%	# >= 10%
_	_	_	_

Casetele marcate cu @ sunt de culoare verde.
Casetele marcate cu & sunt de culoare galbenă.
Casetele marcate cu = sunt de culoare roșie.
Casetele marcate cu # sunt de culoare maro.

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 consultații de management de caz).

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

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă 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 cancerule incluse 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 Babeș Papanicolau.

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• Istoric:

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

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

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

• de insuficiență renală acută în antecedente;

• Nivel socio-economic scăzut;

• Vârsta > 65 ani;

• Expunere la solvenți organici, benzină și derivați, siliciu, plumb;

• Obezitate;

• Fumat;

• afecțiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopoietică, mielom multiplu), infecții sistemice (VHB, VHC, HIV), infecții urinare complicate, litiază reno-urinară de infecție, consecutivă obstrucției sau metabolic activă (> 1 episod pe an), obstrucției ale tractului urinar (obstrucție cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivații ale tractului urinar);

• situații care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potențial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocați ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină și alți derivați 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat)).

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

3. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

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

• consiliere privind dieta, activitatea fizică și fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă);

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

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

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

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

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

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

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

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

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

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? DA NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? DA NU

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

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

Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

f. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungită la radiațiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilăriei;
- istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
- mai mult de 50 de alunițe pe corp;
- mulți pistrui (extinși) la nivelul porțiunii superioare a spatelui, prezența a > 5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisă a pielii;
- culoarea deschisă a ochilor;
- părul blond sau roșcat.

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;
- consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

g. Evaluarea Riscului de Osteoporoză

Obiectivul evaluării este reducerea riscului de fractură asociată osteoporozei.

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- sexul feminin;

- istoricul familial de osteoporoză;
- greutate corporală scăzută;
- fractură vertebrală clinică sau morfometrică anterioară, fractură anterioară datorată unui traumatism minim;
- terapia cu glucocorticoizi pe termen lung;
- artrita reumatoidă;
- hipogonadism primar/secundar la bărbați;
- densitate osoasă minerală scăzută;
- deficiență de vitamina D, aport scăzut de calciu, hipercifoză, fumat curent, consum de alcool;
- cădere și imobilizare.

2. 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, ostopenie, în caz de începere sau administrare a tratamentelor sistemice pe termen lung cu glucocorticoizi, alți factori de risc pentru osteoporoză.
- Pentru bărbați cu vârsta peste 70 de ani.

h. Evaluarea Riscului de Incontinență Urinară

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- sexul 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, cafeină și alimente acide.

i. Evaluarea Riscului de Demență

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Afecțiuni ce produc demența: boala Alzheimer, boala Parkinson, anumite tumori sau infecții cerebrale, accidentele vasculare cerebrale, leziunile cerebrale ce determină moartea neuronilor, degenerarea lobilor frontali și temporali ai creierului, boala Creutzfeldt–Jakob, tulburările cerebrale structurale: hidrocefalie cu presiune normală și hematom subdural, tulburările metabolismului: hipotiroidism, deficiență de vitamina B12, afecțiuni renale și hepatice, toxinele (precum plumbul) la nivelul sistemului nervos, afecțiuni cardiovasculare și cerebrovasculare;

2. Factorii de risc:

- vârsta;
- istoric familial de demență;
- sindrom Down - risc de boală Alzheimer cu debut precoce;
- colesterol ridicat;
- diabet zaharat;
- insuficiență cognitivă;
- fumat;
- consum de alcool;
- dietă bogată în grăsimi;
- viață socială izolată.

3. 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, cafeină și alimente acide, exerciții de stimulare cognitivă, odihna 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 consultație 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. 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.

ANEXA 2 C

Casa de asigurări de sănătate	
Furnizorul de servicii medicale furnizorului	Reprezentantul legal al
Localitate	
Județ	Medic de familie/
.....	(nume, prenume)
.....	CNP medic de familie/
.....	
.....	Cod parafă
.....	

NOTIFICARE

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

cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

În perioada: de la |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

până la |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

(..... zile lucrătoare), medicul de familie,
legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria,
nr., va fi în vacanță,

acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie care își desfășoară
activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară
având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
....., str. nr., bl.,
sc., et., ap., județul/sectorul,
telefon fix/mobil, adresă e-mail

- medicul de familie care își desfășoară
activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară
având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
....., str. nr., bl.,
sc., et., ap., județul/sectorul,
telefon fix/mobil, adresă e-mail
.....;

- medicul de familie care își desfășoară
activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară
având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
....., str. nr., bl., sc.
....., et., ap., județul/sectorul, telefon
fix/mobil, adresă e-mail

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Data	Reprezentant legal
.....	nume și prenume
	semnătura

ANEXA 3

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în
municipiul/orașul CUI, str. nr.,

județul/sectorul, tel./fax adresă de e-mail,
reprezentată prin Director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat
astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentat prin medicul titular
 - cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentat prin medicul delegat
 - societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentată prin administratorul
 - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit prevederilor
[Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările
ulterioare,, reprezentată prin
 - cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare
aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie
....., cu sau fără punct secundar de lucru reprezentat
prin
- având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna CUI
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon fix/mobil, adresă e-mail
....., și sediul punctului secundar de lucru în localitatea
....., str. nr., telefon fix/mobil,
adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în
asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru
aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care
reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a
dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și
[Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de
Sănătate nr. / / 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a
[Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#).

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în
pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în [anexa nr. 1](#) la Ordinul ministrului

sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European, și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie a anului pentru care s-a încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) din [anexa 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) din [anexa 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, și data de intrare în vigoare a

Contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum și numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate la nivel național, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii

de familie fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz;

m) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile prevederilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare.

p) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; informațiile privind pachetul de

servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, aprobate prin [Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006](#), cu modificările ulterioare, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor

medicale pentru protezare stomii și incontinență urinară, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în [Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018](#) pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare;

h) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție

medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcție de informațiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie;

să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

r) să respecte dreptul persoanei asigurate de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 12](#) din [anexa 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și să recomande investigații paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2023 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări

de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22 B](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ș) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023](#);

t) să întocmească bilet de trimitere către specialități clinice și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ț) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

v) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate

y) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice conform [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 8

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum și modalitatea de plată per capita și pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023](#).

VII. Modalități de plată

ART. 9

Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

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

1.1. Plata "per capita" se face conform [art. 1](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

1.2. Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 14](#) alin. (5) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023:
DA/NU

1.3.1 Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 17](#) alin. (1) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:
DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023: de la până la

1.3.2 Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 17](#) alin. (2) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:
DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023: de la până la

1.3.3. Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al

unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 17](#) alin. (3) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.
DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023: de la până la

1.4. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform [art. 1](#) alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023 se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

- medic primar%;

- medic care nu a promovat un examen de specialitate%.

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din unități administrativ-teritoriale din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral în Rezervația Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obținut potrivit [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2023; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 22.000 puncte puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

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

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

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, care au cel puțin un

medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la [art. 2](#) alin. (1) de la [capitolul I](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

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

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

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la [art. 1](#) alin. (3) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.

3. Plată pentru performanță, pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță prevăzuți la [art. 11](#) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

Plata pentru performanță se acordă începând cu anul 2025 pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță măsurați pentru activitatea realizată în anul precedent.

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

a) Medic de familie

Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă
Numele, prenumele
Cod numeric personal
2.
b) Medic de familie
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă
Numele, prenumele
Cod numeric personal
2.
c)

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 13

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

Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea

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

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

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

XI. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și/sau nerespectarea [art. 14](#) alin. (6) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 7](#) lit. s), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. i) și o) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7](#) lit. v), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7](#) lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de

asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6](#) alin. (1) lit. b) - e) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării retragerii/anulării acestora;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale și suma corespunzătoare plății per capita.

ART. 16

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

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare

a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 14](#) alin. (1) - (4) pentru oricare situație.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 15](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării

valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de 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 contractul 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 contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența 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 alt contract 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.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 18

Situațiile prevăzute la [art. 16](#) și la [art. 17](#) alin. (1) lit. a) subpt. 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) - subpt. 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 contractului.

XII. Corespondența

ART. 19

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20

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

ART. 21

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

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract 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 contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
.....

Director executiv al

Direcției economice,
.....

Director executiv al

Direcției relații contractuale,
.....

Vizat

Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

ACT ADIȚIONAL

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

ANEXA 4

- model -

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)

între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.,
(numele și prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical, cu
sediul în municipiul/orașul, CUI,
str. nr., bl., sc., et.,
ap., județ/sector, telefon: fix, mobil,
..... adresa de email fax,
cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală
primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
....., cont nr. deschis la Trezoreria
Statului sau cont nr. deschis la Banca,
cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare
sau codul numeric personal al reprezentantului legal
.....

Medicul înlocuit
.....
(numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor
.....
(numele și prenumele)

Codul de parafă
Codul numeric personal
cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

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

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu
înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se
actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
.....
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
.....
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a
două luni/an
5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație
medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către
Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an

6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.

7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8. concediu de sarcină/lăuzie.

IV. Locul de desfășurare a activității

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

.....

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita", pe serviciu medical și pe serviciu medical diagnostic și terapeutic pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

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

Reprezentantul legal al cabinetului medical,
înlocuitor

.....
.....

(nume și prenume)
prenume)

Medicul

(nume și

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

Vizat,
Casa de Asigurări de Sănătate _____

CONVENȚIE DE RECIPROCIȚATE*)

încheiată în conformitate cu prevederile [art. 3](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

I. Părțile convenției de reciprocitate:

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ județul/sectorul _____, telefon: _____ adresa de e-mail _____, având contractul nr. _____ de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____, în calitate de medic înlocuit.

și

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ județul/sectorul _____, telefon: _____ adresa de e-mail _____, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____, nr. _____, în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul convenției:

Preluarea activității medicale în perioada _____, pentru un nr. de _____ zile lucrătoare.

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an
5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an
6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.
7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfășurare a activității:

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical _____, adresa cabinetului _____, medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru după necesități.

V. Obligațiile medicului înlocuitor:

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Prezența convenției de înlocuire a fost încheiată astăzi,

_____, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. și câte un exemplar revine părților semnatare.

Medic înlocuit,
.....
(nume și prenume)

Medic înlocuitor,
.....
(nume și prenume)

Precizări:

*) Convenția de reciprocitate se încheie pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare.

Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare, pe an calendaristic.

Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la

cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea.

ANEXA 5

- model -

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon: fix, mobil adresa e-mail fax, reprezentată prin Director general

pentru

Medicul înlocuit

.....
(numele și prenumele)
din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul/comuna, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, adresa e-mail, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este:

.....
,
(numele și prenumele)
având codul numeric personal nr.

și

Medicul înlocuitor

.....
(numele și prenumele)
Codul de parafă,
Codul numeric personal,
Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.
..... sau contract de furnizare de servicii medicale în

asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an
2. concediu de sarcină sau lehzuzie
3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an
5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate
6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate
7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani
8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfășurare a activității

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

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv

prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita", pe serviciu medical și pe serviciu medical diagnostic și terapeutic aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca/Trezoreria statului.

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

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

Medicul înlocuitor,
.....

Director executiv al Direcției economice
.....

De acord,
Reprezentant legal al
cabinetului

medical***)

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

Vizat
Juridic, Contencios

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

**) Pentru situația în care preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.

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

ANEXA 6

- model -

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul CUI, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax adresă de e-mail, reprezentată prin director general

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată prin, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna CUI, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr. ..., telefon: fix/mobil, adresă de e-mail

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#).

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în [anexa nr. 1](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația

Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenției

ART. 3

(1) Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 6 luni de la data încheierii.

(2) Prin excepție, pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate unitate administrativ-teritorială, durata de valabilitate a convenției cu casa de asigurări de sănătate se prelungește în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate este mai mic

decât venitul calculat conform convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60% din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțită de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) din [anexa 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) - funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I și data de intrare în vigoare a Contractului-cadru și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;
- f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele,

pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015](#) pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum și numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate la nivel național, se publica pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală (convenție), precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală (convenție) cu casa de asigurări de sănătate;

m) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale (convenție) formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și

tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în convenție și datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în convenție;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere

pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției încheiată cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției încheiată cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii și incontinență urinară, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în [Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018](#) pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare;

h) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor](#) terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în convenție;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce face obiectul convenției încheiate cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale

Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcție de informațiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și

beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

r) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 12](#) din [anexa 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și să recomande investigații paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./....../2023 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./....../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în [anexa nr. 43](#) la Ordinul ministrului sănătății și al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2023. În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22 B](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2023 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ș) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2023;

t) să întocmească bilet de trimitere pentru specialități clinice și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ț) să respecte prevederile [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

v) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

y) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu

dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice conform [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 6

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum și modalitatea de plată per capita și pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023.

VII. Modalități de plată

ART. 7

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

Medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban beneficiază lunar pentru o perioadă de maximum 6 luni de un venit format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

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

(2) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 50%.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, la momentul contractării, beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 100%, cu respectarea condițiilor [art. 14](#) alin. (4) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

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

a) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

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

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

b)

c) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

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

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) și b), se majorează cu 50%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

d)

e) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială.

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

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

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) și b), se majorează cu 100%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

f)

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 8

Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 9

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 10

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

XI. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a convenției

ART. 11

(1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program;

(2) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 5](#) lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 5](#) lit. s), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în

cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 5](#) lit. i), și o) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 17](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 5](#) lit. v), constatată pe parcursul derulării convenției, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la [art. 5](#) lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale electronice off-line.

În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală/convenție cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiată convenție cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în convenție.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării convenției se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată

potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 12

(1) Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6](#) alin. (1) lit. b) - e) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a convenției;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în convenție cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenție a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenției pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 13

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

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenției de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare

a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convențiilor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenția cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenția se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 11](#) alin. (1) - (4) pentru oricare situație.

ART. 14

(1) Convenția de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea convenției, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile [art. 12](#) alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării

valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, 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 convenției.

(3) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenție a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acesteia 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 nicio altă convenție de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noua convenție se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia convenții cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în convențiile de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea convenției.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 15

Situațiile prevăzute la [art. 13](#) și la [art. 14](#) alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 14](#) 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 convenției.

XII. Corespondența

ART. 16

Correspondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în convenție.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea convenției

ART. 17

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 18

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

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 19

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentei convenții 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

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
MEDICALE

Director general,
.....

Director executiv al
Direcției economice
.....

FURNIZOR DE SERVICII

Reprezentant legal,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis)

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 6A

- model -

ACT ADIȚIONAL

la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, având ca obiect furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară pentru persoanele neasigurate

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în
municipiul/orașul CUI, str. nr.
....., județul/sectorul, tel./fax adresă de e-mail
....., reprezentată prin Director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat
astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentat prin medicul titular
- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentat prin medicul delegat
- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru
....., reprezentată prin administratorul
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit prevederilor
Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările
ulterioare,, reprezentată prin
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare
aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

....., cu sau fără punct secundar de lucru reprezentat prin
având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna CUI
....., str. nr., bl. ..., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon fix/mobil, adresă e-mail
....., și sediul punctului secundar de lucru în localitatea
....., str. nr., telefon fix/mobil,
adresă e-mail

II. Obiectul actului adițional

ART. 1

Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, persoanelor neasigurate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#).

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate persoanelor neasigurate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul minimal de servicii prevăzute în [anexa nr. 1](#) la [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele neasigurate care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile în care în respectivele documente internaționale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile în care în respectivele documente internaționale este

prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile în care în respectivele documente internaționale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile în care în respectivele documente internaționale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata actului adițional

ART. 4

Prezentul act adițional este valabil de la data încheierii, pe toată durata de valabilitate a contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ART. 5

Durata prezentului act adițional se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie acte adiționale numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format

electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate și validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, și data de intrare în vigoare a Contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care persoanele neasigurate nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității

datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora; numărul total de puncte pe serviciu realizate la nivel național, aferente serviciilor acordate persoanelor neasigurate se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane neasigurate înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

k) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetul minimal de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

m) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului, anual, lista persoanelor neasigurate înscrise pe listă, și lunar, în vederea actualizării listelor proprii;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele neasigurate a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 45](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2023, program asumat prin relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional;

c) să informeze persoanele neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil)

2. pachetul minimal de servicii cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului pe serviciu; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform actelor adiționale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze distinct în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS);

e) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii actului adițional, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării relației contractuale; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în actul adițional;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce face obiectul relației contractuale încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile în care în respectivele documente internaționale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale;

i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

j) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

k) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul minimal de servicii ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, și pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

l) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise neasigurate ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcție de informațiile preluate din SIUI;

m) să înscrie copiii asigurați în altă țară, care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia; să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neasigurate neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul minimal în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

n) să respecte dreptul persoanei neasigurate, de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 12](#) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

o) să respecte prevederile [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

p) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul minimal furnizate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

q) să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor neasigurați cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 8

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la actele adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente relației contractuale încheiate cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele neasigurate înscrise pe listă, precum și modalitatea de

plată pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

VII. Modalități de plată

ART. 9

Modalitatea de plată în asistența medicală primară pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate este plata prin tarif pe serviciu medical.

1. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, servicii nominalizate la [art. 1](#) alin. (3) lit. c) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023:

1.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 1 se face conform [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform [art. 1](#) alin. (3) din [anexa nr. 2](#) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.

2. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat actul adițional:

a) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

b) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

c)

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit relațiilor contractuale încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului act adițional trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 13

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

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

XI. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a actului adițional

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea actului adițional se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în actul

adițional și/sau nerespectarea [art. 14](#) alin. (6) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea actului adițional se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. a), c), e), g) - j), l) - o), q) și r), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

(3) În cazul în care în derularea relației contractuale se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7](#) lit. f) și k) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la

bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării actului adițional se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) și (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) și (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Actul adițional se suspendă odată cu suspendarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6](#) alin. (1) lit. b) - e) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului/convenției;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract/convenție cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenție a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenției pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 16

Actul adițional se reziliază de plin drept odată cu rezilierea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;
- e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform actelor adiționale încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform actului adițional în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;
- g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10](#) alin. (2) din [anexa nr. 2](#) la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;
- i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 14](#) alin. (1) - (4) pentru oricare situație.

ART. 17

(1) Actul adițional încetează odată cu încetarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunțarea 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/încheiată a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența 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 nicio altă 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 intră în relații contractuale cu aceeași casă 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 poșta electronică sau direct la sediul părților - 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 celeilalte 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 intră 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. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință 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 înainte 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 ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
MEDICALE

FURNIZOR DE SERVICII

Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 6B

- MODEL -

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

punct de lucru

Lista bolnavilor cu afecțiuni cronice aflați în evidența medicului de familie

.....

I. Lista bolnavilor asigurați cu afecțiuni cronice, la data				
de				
Nr. crt.	Nume și prenume	CNP/număr unic de identificare	Categorie de afecțiuni	Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a bolilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999
				coduri de boală*1)
A.			Afecțiuni cardiovasculare	

1.				...
2.				...
3.				...
...				...
B.			Afecțiuni	
			cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
...				...
C.			Afecțiuni oncologice	
1.				...
2.				...
...				...
D.			Diabet zaharat	

1.				...
2.				...
...				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
...				...
F.			BPOC	
1.				...
2.				...
...				...
G.			Astm bronşic	
1.				...

2.				...
...				...
H			Boală cronică de	
			rinichi	
1.				...
2.				...
...				...
I.			Osteoporoza	
1.				...
2.				...
...				...
J.			Tulburări mentale și de	
			comportament (cu	
			excepția celor asociate	
			TSA sau dezvoltării	

			sexuale)	
1.				...
2.				...
...				...
K.			Tulburări ale dispoziției	
1.				...
2.				...
...				...
L.			Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale	
1.				...
2.				...

...				...
M.			Demențe	
1.				...
2.				...
...				...
N.			Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)	
1.				...
2.				...
...				...
O.			Tulburări din spectrul autist	
1.				...
2.				...

...				...
P.			Obezitate	
1.				...
2.				...
...				...
Q.			Afecțiuni hepatice	
			cronice	
1.				...
2.				...
...				...

II. Lista bolnavilor neasigurați cu afecțiuni cronice, la data de

.....

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP/număr unic de identificare	Categorie de afecțiuni	Cod afecțiune, conform clasificării
----------	-----------------	--------------------------------	------------------------	-------------------------------------

				internaționale a
				maladiilor, CIM
				revizia a 10-a,
				varianta 999
				coduri de
boală*1)				
A.			Afecțiuni	
			cardiovasculare	
1.				...
2.				...
3.				...
...				...
B.			Afecțiuni	
			cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
...				...

C.			Afecțiuni oncologice	
1.				...
2.				...
...				...
D.			Diabet zaharat	
1.				...
2.				...
...				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
...				...
F.			BPOC	

1.				...
2.				...
...				...
G.			Astm bronșic	
1.				...
2.				...
...				...
H			Boală cronică de rinichi	
1.				...
2.				...
...				...
I.			Osteoporoza	
1.				...

2.				...
...				...
J.			Tulburări mentale și de	
			comportament (cu	
			excepția celor asociate	
			TSA sau dezvoltării	
			sexuale)	
1.				...
2.				...
...				...
K.			Tulburări ale	
			dispoziției	
1.				...
2.				...
...				...

L.			Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale	
1.				...
2.				...
...				...
M.			Demențe	
1.				...
2.				...
...				...
N.			Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)	
1.				...
2.				...

...				...
0.			Tulburări din spectrul autist	
1.				...
2.				...
...				...
P.			Obezitate	
1.				...
2.				...
...				...
Q.			Afecțiuni hepatice cronice	
1.				...
2.				...

_____	_____	_____	_____	_____
...				...
_____	_____	_____	_____	_____

*1) Se va identifica asiguratul/neasiguratul cu fiecare afecțiune cronică cu care este în evidența medicului de familie identificată prin codul CIM, un asigurat/neasigurat putându-se regăsi nominalizat cu mai multe afecțiuni.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate
 Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
 semnătură electronică extinsă/calificată

ANEXA 7

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic
- 1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei

1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate.

Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-

chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.2.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,

1.2. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute, precum și acutizări ale bolilor cronice

1.3. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

1.6. Consultații de îngrijiri paliative

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

1.8. Servicii de sănătate conexe actului medical

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic.

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au acordat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0 - 18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultații.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz;

h) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;

i) eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.2.1. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialitățile clinice.

1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în [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 și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situațiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.2.5. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile acute, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.3. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice, cuprind:

a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b. unele manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

d. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e. recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f. evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

g. bilet de trimitere către alte specialități, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/bilet de internare, după caz.

h. eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în [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 și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică

d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situațiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă, după caz, investigații paraclinice suplimentare față de cele

recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultații/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.3.6. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Consultațiile la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile cronice, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

1.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
- c) evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5 litera a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 literele a) - d) și se decontează patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Consultații medicale de îngrijire paliativă

Consultația de îngrijiri paliative cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general, evaluare și examenul clinic specific supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a

explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive pentru dispozitive medicale, conform prevederilor legale;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialități în ambulatoriu, după caz;

h) eliberare de certificat de concediu medical, după caz;

i) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, conform prevederilor legale în vigoare, după caz.

1.6.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, elaborarea planului de îngrijire paliativă, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu nevoie de îngrijire paliativă, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 6 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 3 consultații pe lună.

1.6.2. Consultația medicală de îngrijiri paliative se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate.

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
A. Proceduri diagnostice		
simple:		

	punctaj 10 puncte	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie, neurologie și neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopie
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetrică-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pneumologie, nefrologie, fizică și de reabilitare, genetică medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, reumatologie, endocrinologie, pediatrie
6	peak-flowmetrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, medicină fizică și de

		reabilitare, pediatrie
7	spirometrie	alergologie și imunologie
		clinică, pneumologie, medicină
		internă, geriatrie și
		gerontologie, pediatrie,
medicină		fizică și de reabilitare,
		pneumologie pediatrică
8	teste cutanate (prick sau idr)	alergologie și imunologie
	cu seturi standard de alergeni	clinică, dermatovenerologie
	(maximum 8 teste inclusiv	
	control pozitiv și negativ)	
9	teste de provocare nazală,	alergologie și imunologie
	oculară, bronșică	clinică, pneumologie
10	teste cutanate cu agenți	alergologie și imunologie
	fizici (maximum 4 teste)	clinică, dermatovenerologie
11	test la ser autolog	alergologie și imunologie
clinică		
12	testare cutanată la anesteziice	alergologie și imunologie
	locale	clinică, geriatrie și
		gerontologie, specialități
		chirurgicale

13	testare cutanată alergologică clinică patch (alergia de contact)	alergologie și imunologie
14	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
15	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț cu	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, cardiologie, cardiologie pediatrică, medici atestat de îngrijiri paliative
16	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, reumatologie
17	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității	neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, ORL, medicină

	discriminatorii)	fizică și de reabilitare, medici
		cu atestat de îngrijiri
paliative		
18	recoltare material bioptic	dermatovenerologie, chirurgie
și		generală, chirurgie pediatrică
		ortopedie pediatrică, genetică
		medicală, obstetrică ginecologie
		și urologie
19	Descărcare și interpretare	diabet zaharat, nutriție și boli
	rapoarte specifice	nutriție
	dispozitivelor utilizate în	
	gestionarea diabetului zaharat	
	(dispozitive de monitorizare	
	glicemică continuă, sisteme de	
	infuzie subcutanată a	
	insulinei - pompe de insulină,	
	aplicații de monitorizare a	
	valorilor glicemice)	
20	Uroflowmetrie	urologie
	B. Proceduri diagnostice de	
	complexitate medie:	
	punctaj 20 puncte	

1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	Audiogramă, ce include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă, cardiologie pediatrică
8	tensiune arterială continuă -	cardiologie, medicină internă,

	holter TA	cardiologie pediatrică, nefrologie
9	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie, cardiologie pediatrică
10	EEG standard pediatrică	neurologie, neurologie
11	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
12	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete reabilitare	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie, medicină fizică și de
13	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
14	examen doppler vase pediatrică extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie
15	capilaroscopie	reumatologie

16	tomografie în coerență optică	oftalmologie
17	determinarea fracțiunii oxidului de azot din aerul clinică expirat	pneumologie, pediatrie, alergologie și imunologie
C. Proceduri diagnostice		
complexe:		
punctaj 40 puncte		
1	electromiograma/ electroneurograma de	neurologie, neurologie pediatică, medicină fizică și reabilitare, reumatologie
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatică, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic pediatică cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie, neurologie
4	examen doppler transcranian al pediatică	neurologie, neurologie

	vaselor cerebrale și tehnici derivate	
5	colposcopia	obstetrică-ginecologie
6	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
7	dermatoscopie*)	dermatovenerologie
8	body pletismografia cu măsurarea difuziunii prin membrana alveolo-capilară a monoxidului de carbon	pneumologie
D. Proceduri diagnostice de		
complexitate superioară:		
punctaj 100 puncte		
1	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, gastroenterologie pediatrică, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/

		atestatului de studii
		complementare
2	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii
	competenței/atestatului	de studii complementare
3	puncție biopsie mamară ghidată ecografic oncologie în	chirurgie generală, obstetrică-ginecologie, medicală cu atestat/competență în senologie imagistică, radioterapie cu atestat/competență în senologie imagistică
E. Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale simple:		
	punctaj 15 puncte	
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior	oftalmologie

2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;	oftalmologie
6	injecție subconjunctivală, retrobulbară, de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior	ORL
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern	ORL

	(inclusiv a dopului de cerumen), nas, faringe;	
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicală a chirurgiei afecțiunilor mamare superficiale	obstetrică-ginecologie, generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
15	inserția dispozitivului intrauterin	obstetrică-ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie

18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică, ortopedie ortopedie și traumatologie, obstetrică-ginecologie, urologie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică, ortopedie și traumatologie
21	terapia chirurgicală a	dermatovenerologie, chirurgie

	leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
22	terapia chirurgicală a panarițiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică,
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică

25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică,
26	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinova	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei ortopedie	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică și pediatrică
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
29	terapia chirurgicală a	chirurgie generală, chirurgie

	flebopatiilor varicoase superficiale; ruptura pachet varicos	vasculară, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, obstetrică - ginecologie, chirurgie toracică, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, urologie, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
32	tratamentul plăgilor	specialități chirurgicale
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală

34	tratare postoperator al chirurgiei plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză	obstetrică-ginecologie, generală
35	extracție dispozitiv intrauterin	obstetrică-ginecologie
<p>F. Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale complexe:</p> <p style="text-align: center;">punctaj 25 puncte</p>		
1	tratarea chirurgicală a unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie

2	tratatament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopice de corpi străini din căile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrică-ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică-ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică-ginecologie
8	electrochirurgia/ electrocauterizarea tumorilor	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică,

	cutanate/leziune	estetică și microchirurgie
		reconstructivă,
		obstetrică-ginecologie și
		urologie
9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinival	chirurgie generală
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	specialități chirurgicale
11	terapia chirurgicală a hematomului	specialități chirurgicale
12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie generală
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
14	tratament tumori exulcerate, suprainfectate	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală
15	îngrijire complicații stome, fistule tumorale	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală

16	tratatamentul limfedemului	medici cu atestat de îngrijiri paliative
17	extragerea endoscopică a stentului ureteral prin uretrocistoscopie flexibilă	urologie
18	montarea/schimbarea cateterului uretrovezical/ cistostomiei/nefrostomiei	urologie
19	instilarea de soluții medicamentoase în vezica urinară prin cateterizare temporară	urologie, oncologie
20	Imunoterapia specifică cu clinică vaccinuri alergenic standardizate cu administrare subcutanată	alergologie și imunologie
G. Proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple:		
punctaj 7 puncte		

1	aerosoli/ședință (maxim 3 ședințe)	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL, medicină fizică și de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile clinice, inclusiv medici cu atestat de îngrijiri paliative