**ANEXA 2**

**MODALITĂŢILE DE PLATĂ**

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

 Art. 1. - (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, şi plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grupa de vârstă | 0 - 3 ani | 4 - 59 ani | 60 anişi peste |
| Număr de puncte/persoană/an  | 11,2 | 7,2 | 11,2 |

 NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 59 ani.

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

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

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

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

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

 3. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână. În situaţia în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi şi/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.

 În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 şi 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscrişi mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

 4. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 18.700 puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:

 - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;

 - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

 - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

 Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art.2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, se reduce după cum urmează:

 - pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

 - pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;

 - pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;

 - pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000 puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 75%;

 b) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 13 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (1) şi (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

 Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 13 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, se stabileşte conform lit. a).

 c) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 13 alin. (1) și art. 15 capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, chiar dacă la sfârşitul celor 6 luni pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la art. 2 alin. (1) şi alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus menţionat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relaţiei contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârşitul celor 6 luni.

 Dacă după prelungirea relaţiei contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiţia privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condiţiile art. 2 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat.

 Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la art. 2 alin. (1) şi alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat, venitul se stabileşte conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care şi-au desfăşurat activitatea ca medici angajaţi într-un cabinet medical individual aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

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

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

 Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară din mediul rural şi din mediul urban pentru oraşele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervaţiei Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%.

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

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

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

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

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

 e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepţia consultaţiei la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului constatator de deces şi la subpunctul 1.6.1din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 şi 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depăşesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DENUMIRE SERVICIU MEDICAL** | **FRECVENŢĂ/PLAFON** | **NR. PUNCTE** |
|  **A. PACHET MINIMAL**  |  |  |
|  1. Servicii medicale pentru situaţiile de  urgenţă medico-chirurgicală  | 1 consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă | 5,5 puncte/consultaţie |
|  2. Supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic    | 1 consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie | 5,5 puncte/consultaţie |
|  3. Monitorizarea evoluţiei  sarcinii şi lehuziei  |  |  |
|  a) luarea în evidenţă în primul trimestru;   | 1 consultaţie | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în  luna a 7-a;  | 1 consultaţie pentru fiecare lună | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a  7-a până în luna a 9-a inclusiv;  | 2 consultaţii pentru fiecare lună | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate  - la domiciliu;  | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie  |
|  e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;   | 1 consultaţie | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  4. Servicii de planificare familială  | 2 consultaţii/an calendaristic/ persoană | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces  | 1 examinare la domiciliu | 15 puncte/examinare pentru constatarea decesului |
|  6. Servicii de prevenţie  |  |  |
|  Consultaţia preventivă  | 1 consultaţie o dată la 3 ani calendaristici | 5,5 puncte/consultaţie |
|  **B. PACHET DE BAZĂ**  |  |  |
|  1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate asiguraţilor cu vârsta 0 - 18 ani  |  |  |
|  a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului  | 1 consultaţie la domiciliu  | 15 puncte/consultaţie |
|  b) - la 1 lună - la domiciliul copilului  | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie |
|  c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni  | 1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  d) - de la 4 la 18 ani  | 1 consultaţie/an/ asigurat | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei  |  |  |
|  a) luarea în evidenţă în primul trimestru;  | 1 consultaţie | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;  | 1 consultaţie pentru fiecare lună | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;  | 2 consultaţii pentru fiecare lună | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate  - la domiciliu;  | 1 consultaţie la domiciliu | 15 puncte/consultaţie  |
|  e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;  | 1 consultaţie | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic  |  |  |
|  a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani   | 2 consultaţii/asigurat o dată la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt  | 1 - 2 consultaţii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani  | 1 - 2 consultaţii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei | 5,5 puncte/consultaţie  |
|  4. Servicii medicale curative  |  |  |
|  a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice  | 2 consultaţii/asigurat/ episod | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
|  b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice  | 1 consultație/asigurat/lună | 5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
|  c) Management de caz:  |  |  |
|  c.1) evaluarea iniţială a cazului nou  |  |  |
|  c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2   | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;  |
|  c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC   | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;  |
|  c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi    | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; | 5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;  |
|   | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3)  |
|  c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)   | 2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz | 6 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 60 de zile;O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz. |
|  5. Servicii la domiciliu:  |  |  |
|  a) Urgenţă   | 1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
|  b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice  | 2 consultaţii/episod | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
|  c) Boli cronice   | 4 consultaţii/an/ asigurat | 15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3) |
|  d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie  |  |  |
|  d.1) evaluarea iniţială a cazului nou  |  |  |
|  d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2   | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
|  d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC  | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
|  d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi   | 3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării; | 15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; |
|   | O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea | Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3)  |
|  d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm  bronşic şi boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)  | 2 consultaţii în cadrul cadrul monitorizării managementului de caz   | 16 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării- management de caz;- Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 60 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.  |
|  e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului 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). |
| 6. Administrare schema tratament direct observat (DOT)pentru bolnavul TBC  | conform schemei stabilite de către medicul pneumolog | 40 de puncte/ lună /asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament |
| 7. Confirmare caz oncologic  | pentru fiecare caz suspicionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar | 15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea |

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

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

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

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

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

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

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

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

 c) Serviciile cuprinse la litera A şi litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.6.2 şi 1.5 pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3 şi 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspicionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical.

 Art. 2 - Lunar, odată cu raportarea activității lunii anterioare, furnizorii raportează lista cu asiguraţii înscrişi pe lista proprie a fiecărui medic de familie, aflaţi în evidenţă cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astmul bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boala cronică de rinichi, precum și modificările intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

 Art. 3. - (1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 (7) Pentru 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 asigurații înscriși 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 asigurații 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 asigurații înscriși pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.

 (9) Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC, în situațiile prevăzute la alin. (7), precum și pentru celelalte perioade de absență, medicul de familie îndrumă pacientul către dispensarul TBCteritorial 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 convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire. Pentru situaţiile de reciprocitate între medici, aceştia încheie o convenţie de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

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

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

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

 Art. 5. - (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă proprie de persoane înscrise şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată şi prescripţiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

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

 Art. 6. - Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2018 are următoarea structură:

 1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor 193 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 140/2018 inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

 2. venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, 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 minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6937 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 şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

 3. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit prevederilor de la pct. 1 şi pct. 2.

 Art. 7. - (1) Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita şi pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenţei medicale primare, din care se scade suma corespunzătoare art. 6 pct. 1, se defalchează pe trimestre.

 (2) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita şi per serviciu medical se determină astfel: fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita şi 50% pentru plata per serviciu.

 Art. 8. - (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 5,8 lei, valabilă pentru anul 2018.

 (2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 2,8 lei, valabilă pentru anul 2018.

 (3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita şi pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita şi pe serviciu a medicilor de familie şi numărul de puncte per capita şi pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita şi pe serviciu, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

 Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita şi pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata per capita şi pe serviciu.

 Art. 9. - (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

 (2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

 Art. 10. - (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicului de familie.

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

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

 Art. 11. - 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, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

 Art. 12. - Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie şi persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie şi care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer şi a cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conştiinţă refuză cardul naţional sau pentru persoanele cărora li se va emite card naţional duplicat, precum şi pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

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

 Art. 13. - Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

 Art. 14. - În aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat şi prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

 Art. 15. - Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa şi dotarea necesară, ecografii generale (abdomen şi pelvis) la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

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

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

 Serviciile medicale paraclinice se execută în cadrul programului de lucru prelungit corespunzător, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi art. 15 din prezenta anexa.