

Față de cele de mai sus, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992,

## CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge excepția de neconstituționalitate a prevederilor art. 11 alin. (2) din Legea contenciosului administrativ nr. 554/2004, excepție ridicată de Olga Oltyan în Dosarul nr. 7.118/100/2006 al Tribunalului Maramureș — Secția comercială, de contencios administrativ și fiscal.

Definitivă și general obligatorie.

Pronunțată în ședința publică din data de 31 mai 2007.

PREȘEDINTE,  
**ION PREDESCU**

Magistrat-asistent,  
**Florentina Geangu**

## ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE  
Nr. 994 din 4 iunie 2007

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 354 din 1 iunie 2007

### ORDIN

**privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară**

Având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 292/2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, precum și Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 570/116/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind implementarea, evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate, responsabilitățile în monitorizarea și controlul acestora, detalierea pe subprograme și activități, indicatorii specifici, precum și unitățile sanitare prin care se derulează acestea în anul 2007,

în temeiul art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, al art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006,

văzând Referatul de aprobare al Direcției generale politici, strategii și managementul calității în sănătate nr. E.N. 5.935 din 4 iunie 2007 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. D.G. 2.611 din 1 iunie 2007,

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

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Agenția Națională pentru Programe de Sănătate, direcțiile de specialitate din Ministerul Sănătății

Publice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București, casele de asigurări de sănătate, precum și furnizorii de servicii medicale și alte instituții implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

Ministrul sănătății publice,  
**Gheorghe Eugen Nicolăescu**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Vasile Ciurchea**

**NORME METODOLOGICE****pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară****CAPITOLUL I****Organizarea programului****1. Scop:**

a) cunoașterea ponderii în populație a factorilor determinanți pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a acesteia, diagnosticarea precoce și monitorizarea acestor boli pentru evitarea deceselor premature;

b) îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin prevenirea, controlul și monitorizarea bolilor cu impact major asupra sănătății;

c) îmbunătățirea calității vieții și prelungirea duratei medii de viață pentru alinierea la standardele Uniunii Europene;

d) îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate al întregii populații a României.

**2. Obiective:**

a) evaluarea stării de sănătate a populației și a factorilor de risc, în vederea păstrării și promovării sănătății, precum și a prevenirii îmbolnăvirilor și complicațiilor acestora;

b) cunoașterea ponderii factorilor de risc pentru bolile cu impact major asupra sănătății populației;

c) îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin creșterea accesului populației la servicii de asistență medicală preventivă și creșterea speranței de viață;

d) efectuarea de consiliere și screening clinico-biologic, în vederea depistării precoce a afecțiunilor oncologice, cardiovasculare, neurologice și altele, în funcție de factorii de risc identificați în urma activității de evaluare a stării de sănătate a populației;

e) asigurarea cabinetelor de medicină de familie cu tehnica de calcul, programul informatic și serviciile de comunicații necesare derulării programului;

f) realizarea riscogramei colective și stabilirea structurii morbidității generale și specifice, pe grupe de vârstă, dinamica și tendințele acesteia de către Institutul de Sănătate Publică București și Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, ca urmare a centralizării și prelucrării, la nivel național, a datelor obținute în urma evaluării stării de sănătate a populației în cadrul programului;

g) asigurarea tipăririi și securizării taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice și a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie.

**3. Activități preliminare implementării și derulării programului:**

a) tipărirea și securizarea cu elemente împotriva falsificării sau contrafacerii a taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice, conform modelului cuprins în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice, a scrisorii de informare a populației, conform modelului cuprins în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, și a scrisorii de informare a medicilor de familie, conform modelului cuprins în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice;

b) expedierea taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie;

c) achiziționarea tehnicii de calcul și a programului informatic necesare pentru derularea programului;

d) informarea și instruirea medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate cu

privire la modul de evaluare a factorilor de risc, la condițiile în care se derulează programul, precum și în vederea utilizării programului informatic;

e) constituirea unității județene de implementare a programului, până la data de 30 iunie 2007, formată din:  
— coordonatorul programului de la nivelul autorității de sănătate publică județene sau a municipiului București, desemnat prin act administrativ al directorului executiv, care este și coordonatorul unității județene de implementare a programului;

— persoana desemnată din partea casei de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și, după caz, a Casei de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casei de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, numită prin act administrativ al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

— 5 reprezentanți ai medicilor de familie desemnați prin vot de către medicii de familie din județ;

— personal tehnic — asigurat de autoritatea de sănătate publică județeană și a municipiului București;

f) constituirea Unității naționale de implementare a programului, până la data de 30 iunie 2007, formată din:  
— coordonatorul programului din cadrul Ministerului Sănătății Publice, denumit în continuare *MSP*, numit prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare *CNAS*;

— persoana desemnată din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numită prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS;

— 5 reprezentanți ai medicilor de familie desemnați de Colegiul Medicilor din România;

— personal tehnic propriu — asigurat de MSP.

**4. Activități în cadrul implementării și derulării programului:**

a) evaluarea populației pentru depistarea bolilor cu impact major asupra stării de sănătate;

b) stabilirea riscului individual și a necesarului de servicii preventive care vor fi efectuate, pe baza graficului activităților preventive, la adult și copil;

c) consiliere și recomandarea efectuării investigațiilor clinice și paraclinice de tip test screening și test diagnostic pe baza riscului individual stabilit în urma aplicării riscogramei;

d) dotarea cabinetelor de medicină de familie cu tehnica de calcul, programul informatic și serviciile de comunicații necesare derulării programului;

e) calcularea ponderii factorilor de risc pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a populației.

**CAPITOLUL II****Servicii efectuate în cadrul programului****A. De către medicul de familie:**

a) introducerea datelor de identificare, precum și a datelor rezultate din evaluarea persoanelor în baza de date a cabinetului medicului de familie;

b) examinarea clinică diferențiată, în funcție de grupa de vârstă;

c) identificarea și investigarea riscului și a cumulului de factori de risc prin realizarea riscogramei individuale,

conform modelului prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice;

d) întocmirea planului individual de supraveghere a fiecărei persoane, în funcție de riscograma individuală, realizat la adult și în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani, conform modelului prezentat în anexa nr. 5 la prezentele norme metodologice;

e) consilierea persoanelor examinate în funcție de riscograma individuală realizată la adult și în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani;

f) recomandarea investigațiilor paraclinice cuprinse în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice la persoanele examinate potrivit dispozițiilor prezentului ordin, precum și examenelor clinice de specialitate, în funcție de riscul individual stabilit în urma realizării riscogramei la adult și a rezultatelor examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani;

g) depistarea precoce a bolilor cronice și a complicațiilor acestora, în funcție de riscograma individuală realizată la adult și în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani.

B. De către furnizorul de servicii medicale paraclinice:

a) efectuarea investigațiilor medicale paraclinice recomandate de medicii de familie, dintre cele prevăzute în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice;

b) transmiterea rezultatelor investigațiilor medicale paraclinice medicilor de familie care le-au recomandat.

### CAPITOLUL III

#### Finanțarea programului

1. Din veniturile proprii, prin transfer către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, MSP finanțează programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, în vederea realizării scopului și obiectivelor stabilite pentru acest program.

2. CNAS și casele de asigurări de sănătate asigură implementarea și finanțarea programului la nivel local.

3. Sumele alocate prin transfer din bugetul MSP către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru realizarea activităților programului potrivit dispozițiilor prezentului ordin. Sumele alocate din venituri proprii din bugetul MSP pentru cheltuieli de capital se utilizează pentru achiziționarea tehnicii de calcul, a programului informatic și a serviciilor de comunicații necesare cabinetelor de medicină de familie în vederea derulării programului.

4. Natura cheltuielilor:

a) bunuri și servicii, cheltuieli materiale, prestări de servicii cu caracter funcțional;

b) cheltuieli de capital — tehnică de calcul, programul informatic și servicii de comunicații.

5. Cheltuieli în cadrul programului, pentru:

— tipărirea taloanelor securizate necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice;

— tipărirea scrisorii de informare a populației și a medicilor de familie;

— servicii de expediere a taloanelor și a scrisorilor de informare;

— tehnica de calcul asigurată/cabinet de medicină de familie;

— achiziționarea programului informatic;

— servicii de comunicații.

### CAPITOLUL IV

#### Responsabilități în elaborarea, implementarea și monitorizarea programului

1. MSP:

1.1. asigură, prin Direcția generală buget și credite externe, cu avizul prealabil al Agenției Naționale pentru Programe de Sănătate, finanțarea programului potrivit bugetului aprobat, prin transfer către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pe baza cererilor fundamentale ale CNAS pentru:

1.1.1. activități preliminare implementării și derulării programului: tipărirea taloanelor securizate necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie;

1.1.2. servicii de expediere a taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice și a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie;

1.1.3. decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor încheiate cu medicii de familie și cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programului, pe baza situațiilor prezentate de casele de asigurări de sănătate;

1.2. asigură coordonarea derulării programului prin Agenția Națională de Programe;

1.3. asigură, prin autoritățile de sănătate publică și Societatea Națională de Medicină Generală/Medicină de Familie, informarea și instruirea medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate cu privire la modul de evaluare a factorilor de risc și la condițiile în care se derulează programul;

1.4. asigură organizarea la nivel național a procedurii de achiziție pentru dotarea cabinetelor de medicină de familie cu tehnică de calcul, program informatic și servicii de comunicații;

1.5. asigură, prin Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, încheierea contractelor pentru furnizarea tehnicii de calcul, a programului informatic și instruirea medicilor de familie în utilizarea tehnicii de calcul și a programului informatic;

1.6. asigură, prin Institutul de Sănătate Publică, controlul calității datelor înregistrate și raportate de către furnizorii de servicii medicale în cadrul programului, precum și realizarea riscogramei colective;

1.7. asigură, prin inspecția sanitară de stat, controlul calității serviciilor acordate în cadrul programului.

2. CNAS:

2.1. asigură tipărirea și securizarea taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice și a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie;

2.2. asigură expedierea taloanelor necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorul de servicii medicale paraclinice a scrisorilor de informare a populației și a medicilor de familie;

2.3. dispune măsurile necesare în vederea distribuirii taloanelor securizate necesare populației pentru prezentarea la medicul de familie și la furnizorii de servicii medicale paraclinice, precum și a scrisorilor de informare către populație și către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

2.4. elaborează modelul formularelor de raportare a activităților cuprinse în program, în vederea decontării;

2.5. virează sumele neutilizate în cadrul programului la sfârșitul anului 2007 și, respectiv, la încheierea programului în contul MSP.

### 3. Casele de asigurări de sănătate:

3.1. încheie contracte pentru derularea programului, până la data de 29 iunie 2007, numai cu furnizorii din asistența medicală primară care se află în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală primară, conform modelului prevăzut în anexa nr. 7a) la prezentele norme metodologice, pe baza următoarelor documente:

3.1.1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului;

3.1.2. autorizația sanitară de funcționare, cuprinzând autorizarea activității de recoltare a probelor biologice (dacă este cazul);

3.1.3. programul de lucru al cabinetului pentru derularea programului;

3.2. decontează medicului de familie, în termen de 20 de zile calendaristice de la data prevăzută la pct. 4.5 și 4.8.2:

3.2.1. contravaloarea activităților desfășurate în cadrul programului, luând în considerare că se pot acorda în medie consultații la 3 pacienți pe oră;

3.2.2. suma de 0,5 lei pentru fiecare persoană pentru care au fost introduse datele de identificare în baza de date, care se regularizează trimestrial cu suma de 0,5 lei pentru fiecare persoană raportată ca evaluată în cadrul programului;

3.3. încheie contracte pentru derularea programului, conform modelului prevăzut în anexa nr. 7b) la prezentele norme metodologice, până la data de 29 iunie 2007, numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relație contractuală pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu și care îndeplinesc și condițiile prevăzute în prezentul ordin, pe baza următoarelor documente:

3.3.1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului;

3.3.2. dovada controlului extern de calitate/participării la scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP:

a) copia contractului, în termen de valabilitate, încheiat pentru control extern de calitate/participare la scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP;

b) raportul de evaluare privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP;

c) certificat privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP, transmis casei de asigurări de sănătate în termen de 5 zile de la data emiterii acestuia;

3.3.3. declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice cu privire la îndeplinirea condiției prevăzute la cap. V pct. 3.2, cu menționarea în cuprinsul acesteia a tuturor cabinetelor cu care furnizorul de servicii medicale paraclinice a încheiat contracte pentru recoltarea probelor biologice;

3.3.4. copia contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu pentru situația prevăzută la pct. 3.4;

3.4. încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din alte județe, respectiv municipiul București, care îndeplinesc condițiile prevăzute în prezentul ordin, dacă în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate nu există furnizori care să îndeplinească aceste condiții sau furnizorii din județul respectiv nu au capacitatea de a acoperi necesarul de servicii pentru populația județului;

3.5. verifică, după primirea documentelor prevăzute la pct. 4.5 și 5.3, următoarele:

3.5.1. concordanța CNP-urilor cuprinse în borderourile centralizatoare cu CNP-urile prevăzute în taloanele securizate înaintate de către furnizorii de servicii medicale;

3.5.2. concordanța investigațiilor paraclinice recomandate de către medicul de familie pe versoul taloanelor pentru laborator și investigațiile paraclinice efectuate, pentru care laboratorul a emis factura în vederea decontării;

3.6. decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale pentru derularea programului, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la data primirii documentelor prevăzute la pct. 5.3, în limita sumei maxime de 50 lei pentru fiecare persoană, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se face raportarea;

3.7. decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale pentru derularea programului contravaloarea investigațiilor paraclinice efectuate pacienților, la recomandarea medicilor de familie, la tarifele prevăzute în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice;

3.8. raportează CNAS indicatorii fizici și de eficiență prevăzuți în program, conform machetelor elaborate de CNAS;

3.9. efectuează controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte pentru derularea programului, în condițiile stabilite de prezentul ordin și ale metodologiei elaborate în acest sens de MSP și CNAS;

3.10. comunică în scris CNAS disfuncționalitățile apărute pe parcursul derulării programului care nu pot fi rezolvate la nivel local;

3.11. transmit autorităților de sănătate publică, trimestrial, numărul și tipul serviciilor decontate în cadrul programului;

3.12. transmit cabinetelor de medicină de familie lista actualizată a laboratoarelor de analize medicale care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în cadrul programului;

3.13. neprezentarea documentelor prevăzute la pct. 4.5, 4.8.2 și 5.3 de către furnizorii de servicii, în termenul prevăzut de dispozițiile prezentului ordin, atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;

3.14. prin persoana desemnată în cadrul unității județene de implementare a programului participă la identificarea zonelor din mediul rural neacoperite în ceea ce privește recoltarea probelor biologice și propun măsuri pentru îmbunătățirea accesului populației din mediul rural la investigațiile paraclinice (analize de laborator);

3.15. pun la dispoziția furnizorilor de servicii medicale paraclinice lista cabinetelor de medicină de familie din mediul rural, precum și adresele lor de corespondență;

3.16. în situația în care furnizorii de servicii paraclinice din județ nu au posibilitatea de a acoperi nevoia de servicii paraclinice pentru realizarea programului, afișează pe site-ul casei de asigurări de sănătate informații cu privire la zonele din mediul rural neacoperite de furnizorii de servicii paraclinice din județul respectiv, în vederea încheierii contractelor cu furnizorii din alte județe.

#### 4. Medicii de familie au următoarele responsabilități:

4.1. încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate până la data de 29 iunie 2007, în vederea derulării programului; în caz contrar, nu beneficiază de tehnica de calcul, programul informatic și serviciile de comunicații achiziționate de către MSP în vederea derulării programului, pe baza următoarelor documente:

4.1.1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului;

4.1.2. autorizația sanitară de funcționare, cuprinzând autorizarea activității de recoltare a probelor biologice, după caz;

4.1.3. programul de lucru al cabinetului pentru derularea programului;

4.2. stabilesc un program de activitate corespunzător pentru derularea acestui program, în funcție de numărul de persoane care urmează să fie evaluate, luând în considerare recomandarea de a examina în medie 3 persoane pe oră, pentru asigurarea calității actului medical;

4.3. afișează la loc vizibil programul cabinetului, precum și lista persoanelor programate la examenul de evaluare pe luna în curs, programare stabilită de comun acord cu acestea;

4.4. recomandă investigațiile medicale paraclinice prevăzute în prezentul ordin și în condițiile reglementate de acesta;

4.5. prezintă caselor de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente, în vederea decontării:

4.5.1. factura cuprinzând contravaloarea serviciilor desfășurate în cadrul programului;

4.5.2. talonul securizat pentru medic, semnat, parafat și ștampilat pe verso, cu care persoana evaluată s-a prezentat la medicul de familie;

4.5.3. borderoul centralizator în format electronic și pe suport hârtie, parafat, ștampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului, cuprinzând lista CNP-urilor aparținând persoanelor evaluate în luna pentru care se face raportarea, precum și serviciile efectuate acestora;

4.6. consemnează investigațiile paraclinice recomandate, precum și numărul acestora (în cifre și litere), semnează, parafează și aplică ștampila cabinetului de medicină de familie pe versoul talonului securizat;

4.7. raportează casei de asigurări de sănătate, la termenele stabilite, indicatorii prevăzuți în program, potrivit dispozițiilor prezentului ordin;

4.8. întocmesc baza de date cuprinzând persoanele înscrise pe lista sa, precum și persoanele care nu sunt înscrise pe listă și care solicită efectuarea evaluării stării de sănătate de către medicul respectiv, în conformitate cu cerințele programului, pe care o transmit autorității de sănătate publică județene sau a municipiului București, inclusiv datele medicale rezultate din evaluare;

4.8.1. introduc datele de identificare ale persoanelor înscrise pe lista sa, în primul trimestru de derulare a programului. Raportarea numărului de persoane introduse în baza de date se face pe baza machetei stabilite de CNAS, anexă la contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea programului;

4.8.2. pentru primul trimestru de derulare a programului, prezintă caselor de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, situația lunară centralizatoare privind numărul de persoane pentru care au fost introduse datele de identificare în baza de date;

4.9. programează în vederea evaluării stării de sănătate a populației toate persoanele înscrise pe lista sa, indiferent de statutul lor de asigurat, precum și pe cei neînscrși pe lista sa care solicită efectuarea evaluării stării de sănătate de către medicul de familie la care se adresează, de comun acord cu acestea;

4.10. dețin o bază de date corectă la încheierea programului, cuprinzând toate datele obținute pe parcursul derulării programului, potrivit dispozițiilor prezentului ordin;

4.11. respectă legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal și instrucțiunile de utilizare a programului informatic pus la dispoziție de MSP;

4.12. încheie contracte de comodat cu autoritatea de sănătate publică pentru tehnica de calcul și programul informatic pus la dispoziție de MSP, conform modelului

prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice, și respectă prevederile acestuia;

4.13. asigură evaluarea stării de sănătate la domiciliul bolnavilor netransportabili, precum și a persoanelor instituționalizate, pe durata derulării programului;

4.14. încheie contracte pentru recoltarea probelor biologice cu furnizorii de servicii medicale paraclinice — analize de laborator, care au contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului, dacă îndeplinesc următoarele condiții:

a) cabinetele medicale respective, unde au loc prelevări de probe biologice în vederea efectuării investigațiilor medicale paraclinice în cadrul programului, au delimitat un spațiu destinat acestui gen de activitate;

b) spațiul destinat acestui gen de activitate este dotat cu canapea sau scaun cu spătar extensibil, cu accesorii pentru susținerea antebrațului, dulap pentru instrumentar steril, măsuță pentru pregătirea prelevării probei, măsuță pentru depozitarea temporară a probelor prelevate;

c) asigurarea lanțului de frig, potrivit dispozițiilor legale.

În situația în care cabinetele medicilor de familie nu îndeplinesc aceste condiții, vor afișa la loc vizibil lista furnizorilor de servicii medicale paraclinice — analize de laborator, care au contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului (denumire, adresă, număr de telefon);

4.15. până la distribuirea tehnicii de calcul și a programului informatic, înregistrează datele privind evaluarea persoanelor, după cum urmează:

a) în aplicația pusă la dispoziție de MSP, în situația în care există un calculator în dotarea cabinetului respectiv;

b) pe suport hârtie, pe formularele puse la dispoziție gratuit în cadrul programului, în cazul în care nu există un calculator în dotarea cabinetului respectiv.

5. Furnizorii de servicii medicale paraclinice au următoarele responsabilități:

5.1. încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în vederea derulării programului, pe baza următoarelor documente:

5.1.1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului;

5.1.2. dovada controlului extern de calitate/participării la scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP:

a) copia contractului, în termen de valabilitate, încheiat pentru control extern de calitate/participare la scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP;

b) raportul de evaluare privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP;

c) certificat privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de MSP, transmis casei de asigurări de sănătate în termen de 5 zile de la data emiterii acestuia;

5.1.3. declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice cu privire la îndeplinirea condiției prevăzute la cap. V pct. 3.2, cu menționarea în cuprinsul acesteia a tuturor cabinetelor cu care furnizorul de servicii medicale paraclinice a încheiat contracte pentru recoltarea probelor biologice;

5.2. îndeplinesc pe toată perioada de valabilitate a contractului condițiile prevăzute la cap. V pct. 3;

5.3. prezintă caselor de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente necesare în vederea decontării:

5.3.1. factura cuprinzând contravaloarea investigațiilor paraclinice efectuate în cadrul programului;

5.3.2. borderoul centralizator, atât în format electronic, cât și pe suport hârtie, ștampilat și certificat prin semnătura

reprezentantului legal, cuprinzând lista CNP-urilor aparținând persoanelor evaluate în luna pentru care se face raportarea, precum și serviciile efectuate acestora;

5.3.3. pentru fiecare CNP raportat transmit taloanele securizate pentru investigații medicale paraclinice aparținând persoanelor examinate, având pe versoul acestora, obligatoriu, investigațiile medicale paraclinice recomandate, semnătura și parafa medicului care le-a recomandat, precum și ștampila cabinetului de medicină de familie respectiv;

5.4. efectuează toate investigațiile paraclinice recomandate de către medicul de familie pe versoul talonului securizat;

5.5. întocmesc evidențe distincte pentru investigațiile paraclinice efectuate în cadrul programului;

5.6. transmit medicului de familie care a recomandat investigațiile medicale paraclinice rezultatele acestora, în termen de maximum 48 de ore, în formatul prevăzut de reglementările legale în vigoare, pe suport hârtie, semnat și parafat de medicul de laborator;

5.7. respectă legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal;

5.8. încheie contracte pentru recoltarea probelor biologice cu medicii de familie care îndeplinesc condițiile legale pentru această activitate;

5.9. asigură transportul în condiții de siguranță și prelucrarea probelor biologice recoltate la nivelul cabinetelor de medicină de familie în maximum 4 ore de la momentul recoltării;

5.10. asigură prelevarea probelor biologice la domiciliul bolnavilor netransportabili, precum și al persoanelor instituționalizate, pe durata derulării programului;

5.11. recoltează probele biologice pe sisteme de unică folosință;

5.12. raportează casei de asigurări de sănătate, la termenele stabilite, indicatorii prevăzuți în program, potrivit dispozițiilor prezentului ordin.

6. Autoritățile de sănătate publică:

6.1. asigură, inclusiv prin asistenții comunitari angajați, informarea și mobilizarea populației în vederea prezentării acesteia la cabinetele de medicină de familie pentru efectuarea examenului de evaluare a stării de sănătate în cadrul programului;

6.2. acordă în mod gratuit autorizația sanitară de funcționare a cabinetelor de medicină de familie care îndeplinesc condițiile legale, pentru activitatea de recoltare a probelor biologice, pe durata programului, pe baza declarației pe propria răspundere a reprezentantului legal al acesteia;

6.3. încheie contracte de comodat cu medicii de familie pentru tehnica de calcul și sistemul informatic pus la dispoziție de MSP, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice;

6.4. asigură accesul populației la investigații paraclinice — analize de laborator, cu prioritate pentru mediul rural;

6.5. acordă furnizorilor de servicii paraclinice care îndeplinesc condițiile legale, în mod gratuit, autorizarea activității de transport în condiții de siguranță al probelor biologice recoltate în spații autorizate exterioare laboratorului, pe durata programului, pe baza declarației pe propria răspundere a reprezentantului legal al acesteia;

6.6. urmăresc modul de realizare a programării pacienților la nivelul cabinetelor de medicină de familie;

6.7. asigură accesul populației la serviciile acordate în cadrul programului;

6.8. controlează modul în care se realizează activitatea de recoltare a probelor biologice la nivelul cabinetelor de medicină de familie care au autorizată această activitate, precum și respectarea condițiilor de autorizare de către

furnizorii de servicii medicale pe toată perioada de derulare a programului;

6.9. controlează modul în care se realizează transportul în siguranță al probelor biologice de către furnizorii de servicii medicale paraclinice care au autorizată această activitate, precum și respectarea condițiilor de autorizare de către aceștia pe toată perioada de derulare a programului;

6.10. asigură monitorizarea și evaluarea programului la nivel județean, inclusiv participă la controlul derulării și raportării indicatorilor prevăzuți în program;

6.11. prin persoana desemnată în cadrul unității județene de implementare a programului, participă la identificarea zonelor din mediul rural neacoperite în ceea ce privește recoltarea probelor biologice și propun măsuri pentru îmbunătățirea accesului populației din mediul rural la investigațiile paraclinice (analize de laborator).

7. Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății:

7.1. încheie contractul pentru furnizarea tehnicii de calcul și a programului informatic cu firma adjudecată în urma licitației și urmărește respectarea obligațiilor contractuale cu privire la instruirea medicilor de familie în utilizarea tehnicii de calcul și a programului informatic de către firma adjudecată în urma licitației;

7.2. asigură centralizarea bazei de date referitoare la evaluarea stării de sănătate a populației, validarea și prelucrarea datelor colectate.

8. Institutul de Sănătate Publică București:

8.1. asigură realizarea riscogramei colective și stabilirea structurii morbidității generale și specifice, pe grupe de vârstă, dinamica și tendințele acesteia, pe baza datelor obținute în urma evaluării stării de sănătate a populației în cadrul programului;

8.2. asigură controlul calității datelor înregistrate și raportate de către furnizorii de servicii medicale în cadrul programului.

## CAPITOLUL V

### Derularea programului

1. Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, precum și furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în vederea derulării programului.

Termenul de valabilitate a contractelor încheiate este până la 31 decembrie 2007, cu obligativitatea prelungirii acestora prin acte adiționale, până la finalizarea programului, respectiv 30 septembrie 2008, cu condiția ca furnizorii de servicii medicale să se afle în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și furnizorii de servicii medicale paraclinice nou-intrați în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pot încheia contract pentru derularea prezentului program pe perioada de derulare a acestuia.

2. Pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului numai medicii de familie care au liste de asigurați și se află în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

3. Pot încheia contracte pentru derularea prezentului program numai furnizorii de servicii medicale paraclinice care, pe lângă condițiile obligatorii prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în

normele metodologice de aplicare a acestuia, îndeplinesc cumulativ și următoarele condiții:

3.1. participarea la control extern de calitate/scheme de intercomparare a laboratoarelor de analize medicale desfășurate de către administratori notificați în acest sens de către MSP, pentru toate investigațiile paraclinice prevăzute în prezentul ordin, de cel puțin 4 ori pe an, dovedită cu certificat de participare în termen de valabilitate, precum și cu raportul de evaluare emis de producătorul/administratorul schemei de intercomparare la care participă furnizorul;

3.2. asigurarea accesului populației din mediul rural la investigațiile paraclinice (analize de laborator) recomandate de către medicul de familie în cadrul programului (cu excepția municipiului București), prin îndeplinirea următoarelor condiții:

3.2.1. laboratorul de analize medicale are încheiat contract cu cabinete medicale de medicină de familie autorizate în condițiile legii, în vederea recoltării probelor biologice în cadrul acestuia;

3.2.2. organizarea transportului în siguranță al probelor recoltate în maximum 4 ore la laboratorul unde acestea vor fi prelucrate (containere speciale cu pereți impermeabili, cu posibilitate de închidere, ușor transportabile, din materiale care să permită decontaminarea, curățarea și dezinfectia lor), pentru a evita contaminarea persoanei care transportă probele și/sau a mediului și autorizarea acestei activități de către autoritățile de sănătate publică.

4. Programarea populației în vederea evaluării stării de sănătate se face de medic, în mai multe etape, după cum urmează:

a) Etapa I: în perioada 1 iulie 2007 — 30 septembrie 2007 — aceasta cuprinde următoarele categorii de persoane:

— persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului sau care au optat să fie evaluate de către acesta, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 iulie — 30 septembrie;

— persoanele asigurate cărora medicul nu le-a efectuat până la data de 1 iulie 2007 controlul medical la care au dreptul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 iulie — 30 septembrie.

b) Etapa a II-a: în perioada 1 octombrie 2007 — 31 decembrie 2007 — aceasta cuprinde următoarele categorii de persoane:

— persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului sau care au optat să fie evaluate de către acesta, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 octombrie — 31 decembrie;

— persoanele asigurate cărora medicul nu le-a efectuat până la data de 1 octombrie 2007 controlul medical la care au dreptul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 octombrie — 31 decembrie.

c) Etapa a III-a: în perioada 1 ianuarie 2008 — 31 martie 2008 — aceasta cuprinde următoarele categorii de persoane:

— persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului sau care au optat să fie evaluate de către acesta, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 ianuarie — 31 martie;

— persoanele asigurate a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 ianuarie — 31 martie și pentru care medicul de familie nu va efectua în anul 2008 controlul medical la care au dreptul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

d) Etapa a IV-a: în perioada 1 aprilie 2008 — 30 iunie 2008 — aceasta cuprinde următoarele categorii de persoane:

— persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului sau care au optat să fie evaluate de către acesta, a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 aprilie — 30 iunie;

— persoanele asigurate a căror dată de naștere este cuprinsă în perioada 1 aprilie — 30 iunie și pentru care medicul de familie nu va efectua în anul 2008 controlul medical la care au dreptul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

e) Etapa a V-a: în perioada 1 iulie 2008 — 30 septembrie 2008 — aceasta cuprinde următoarele categorii de persoane:

— persoanele neasigurate care, din motive întemeiate, nu au fost programate și evaluate în cadrul etapelor anterioare și care au optat să fie evaluate de medicul de familie la care s-au prezentat;

— persoanele asigurate care, din motive întemeiate și neimputabile lor, nu au fost programate și evaluate în cadrul etapelor anterioare și pentru care medicul de familie nu va efectua în anul 2008 controlul medical la care au dreptul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

5. Modul de efectuare a examenului medical de evaluare a stării de sănătate

5.1. Personalul care asigură examinarea este format din:

5.1.1. medicul de familie aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

5.1.2. asistentele medicale încadrate la cabinetul medical de medicină de familie; acestea efectuează măsurătorile somatometrice și determinările fiziometrice, precum și alte activități, la recomandarea medicului de familie.

5.2. Persoanele asigurate care au fost depistate cu probleme de sănătate ce nu pot fi rezolvate de medicul de familie examinator vor fi trimise de către acesta, cu bilet de trimitere, la cabinetele de specialitate pentru precizarea diagnosticului și a atitudinii terapeutice.

5.3. Conținutul examinărilor medicale de evaluare a stării de sănătate se referă la:

5.3.1. efectuarea anamnezei, cu accent pe: date fiziologice referitoare la pubertate, boli care au apărut în intervalul dintre ultima examinare medicală de bilanț și data la care se efectuează evaluarea stării de sănătate potrivit dispozițiilor prezentului ordin, deficiențe senzoriale, de limbaj, de dezvoltare mintală, date sociofamiliale, antecedentele heredocolaterale, potențiali factori de risc și alte date pe care medicul le consideră necesare;

5.3.2. efectuarea unui examen clinic pe aparate și sisteme complet, cu consemnarea detaliată în fișa pacientului a tuturor modificărilor patologice constatate;

5.3.3. depistarea afecțiunilor cardiovasculare, cerebrovasculare, precum și a oricăror alte afecțiuni cu impact major asupra stării de sănătate a populației.

5.4. Datele obținute în urma evaluării stării de sănătate se vor consemna în planul individual de supraveghere prevăzut în anexa nr. 5 la prezentele norme metodologice.

6. Investigațiile medicale paraclinice, precum și categoriile de persoane cărora le sunt recomandate sunt prevăzute în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice.

7. Investigațiile paraclinice care pot fi efectuate în cadrul programului sunt stabilite de către medicul de familie în urma examenului clinic, în condițiile prezentului ordin.

8. Sunt exceptate de la efectuarea investigațiilor medicale paraclinice următoarele categorii de persoane:

8.1. persoanele care în ultimele 30 de zile au efectuat investigațiile paraclinice menționate în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice, în laboratoare care îndeplinesc condițiile stabilite de prezentul ordin;

8.2. bolnavii cronici cunoscuți și dispensarizați de către medicul de familie care în ultimele 90 de zile au efectuat investigațiile paraclinice menționate în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice, în laboratoare care îndeplinesc condițiile stabilite de prezentul ordin.

8.3. Pentru persoanele prevăzute la pct. 8.1 și 8.2 medicii de familie completează baza de date aferentă programului cu datele specifice persoanelor prevăzute la aceste puncte.

9. Persoanele care în urma examinărilor medicale au fost depistate cu boli sau deficiențe sunt luate în evidență și sunt dispensarizate de medicul de familie împreună cu specialiștii din unitățile de asistență medicală ambulatorie de specialitate, în vederea recuperării tulburărilor survenite în starea de sănătate.

Persoanele neasigurate care în urma examinărilor au fost depistate cu boli sau deficiențe pot beneficia de asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate dacă fac dovada calității de asigurat sau pot beneficia de asistență medicală în afara sistemului de asigurări sociale de sănătate.

10. În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară casele de asigurări de sănătate au obligația de a reține din contravaloarea activităților realizate și raportate în luna în care se aplică reținerea respectivă, după caz, 10%, 15% sau 20% din suma reprezentând contravaloarea activităților desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea.

Reținerile se aplică după cum urmează:

- a) la prima constatare — 10%;
- b) la a doua constatare — 15%;
- c) la a treia constatare — 20%.

11. În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate aplică prevederile pct. 10, inclusiv rezilierea contractului.

12. Situațiile menționate la pct. 10 și 11 vor fi aduse la cunoștința MSP și a CNAS de către casele de asigurări de sănătate, în termen de maximum două zile lucrătoare de la data constatării.

13. În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale după rezilierea contractului sau după încetarea acestuia, sumele încasate necuvenit vor fi recuperate de casele de asigurări de sănătate conform dispozițiilor legale în vigoare.

14. Sumele reținute ca urmare a aplicării prevederilor menționate la pct. 10, 11 și 13 reîntregesc prevederile bugetare prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

15. Sumele neutilizate în cadrul programului se virează MSP la sfârșitul anului 2007 și, respectiv, la încheierea programului și reîntregesc bugetul MSP cu această destinație.

## CAPITOLUL VI

### Raportarea indicatorilor

1. Indicatorii fizici și de eficiență prevăzuți în cadrul programului se raportează caselor de asigurări de sănătate.

2. Medicii de familie raportează caselor de asigurări de sănătate, lunar, în primele 10 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea, indicatorii fizici și trimestrial și anual indicatorii de eficiență, utilizând programul informatic asigurat de MSP, conform machetelor elaborate de CNAS.

Până la instalarea programului informatic, indicatorii specifici programului se raportează în format electronic și pe suport hârtie, utilizându-se aplicația pusă la dispoziție de MSP.

3. După centralizare, casele de asigurări de sănătate transmit CNAS indicatorii fizici și de eficiență realizați, până la data de 20 a lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea.

4. CNAS centralizează indicatorii fizici și de eficiență raportați de casele de asigurări de sănătate pe care îi înaintează Agenției Naționale pentru Programe de Sănătate, trimestrial, în vederea stabilirii indicatorilor de rezultate de către aceasta.

5. Agenția Națională pentru Programe de Sănătate:

- a) analizează indicatorii fizici și de eficiență transmiși de CNAS;
- b) stabilește indicatorii de rezultat pe baza indicatorilor fizici și de eficiență transmiși de CNAS;
- c) întocmește un raport trimestrial pe care îl aduce la cunoștința conducerii MSP;
- d) propune măsuri de îmbunătățire a programului.

## CAPITOLUL VII

### Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în program

1. Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului va fi efectuat trimestrial și ori de câte ori este nevoie de către casele de asigurări de sănătate, autoritățile de sănătate publică, precum și de către Agenția Națională pentru Programe de Sănătate, prin sondaj.

2. Controlul prevăzut la pct. 1 se desfășoară conform unei metodologii elaborate de MSP și CNAS și va urmări, în principal, următoarele:

- a) respectarea de către furnizori a responsabilităților ce le revin în cadrul programului;
- b) realizarea indicatorilor specifici, fizici și de eficiență, prevăzuți în program;
- c) concordanța între indicatorii raportați și evidențele primare ale furnizorilor;
- d) identificarea eventualelor disfuncționalități în derularea programului.

3. Ca urmare a controalelor efectuate se vor lua măsurile legale ce se impun. În cazul în care casele de asigurări de sănătate și autoritățile de sănătate publică identifică probleme ce nu pot fi soluționate la nivel local, acestea vor fi transmise instituțiilor superioare ierarhic. Problemele care nu pot fi soluționate la nivel local se soluționează, după caz, de CNAS și MSP, potrivit competențelor atribuite de lege.

## CAPITOLUL VIII

### Monitorizarea și evaluarea programului

1. Evaluarea și monitorizarea la nivel local a programului se realizează de unitatea județeană de implementare a programului.

2. Monitorizarea derulării programului se realizează lunar și, după caz, ori de câte ori este nevoie și cuprinde în principal:

- a) analiza îndeplinirii activităților propuse de părțile implicate în program;
- b) modul de îndeplinire a responsabilităților în cadrul programului;
- c) identificarea, analiza și soluționarea, în limitele competenței, a problemelor apărute în cadrul programului;
- d) propunerea unor măsuri de îmbunătățire pe parcursul derulării programului, pe care le înaintează Agenției Naționale pentru Programe de Sănătate;
- e) întocmirea unui raport lunar de monitorizare pe care îl transmite Agenției Naționale pentru Programe de Sănătate.

3. Evaluarea se realizează de către o echipă formată din reprezentanți ai:

- a) Ministerului Sănătății Publice — Agenția Națională pentru Programe de Sănătate;
- b) Institutului de Sănătate Publică;
- c) Comisiei de medicină de familie a Ministerului Sănătății Publice;
- d) Centrului Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății.

#### 4. Indicatori de evaluare:

##### 4.1. indicatori fizici — se raportează lunar;

##### 4.1.1. indicatori fizici raportați de cabinetele de medicină de familie:

- a) numărul de persoane pentru care s-au introdus datele de identificare în baza de date;
- b) numărul de persoane evaluate, din care:
  - numărul de persoane asigurate;
  - numărul de persoane neasigurate;
  - numărul de persoane cu risc de boală depistate, pe tipuri de risc;
  - numărul de persoane nou-depistate cu afecțiuni în urma evaluării stării de sănătate, confirmate prin examene de specialitate, după caz;
- c) numărul de persoane cărora le-au fost recomandate investigații paraclinice;
- d) numărul de investigații paraclinice recomandate de către medicul de familie, total și pe tipuri;

##### 4.1.2. indicatori fizici raportați de furnizorii de servicii paraclinice:

- a) numărul de persoane care au efectuat investigațiile paraclinice recomandate;
- b) numărul de investigații paraclinice efectuate (total și pe tipuri);
- c) numărul de cabinete de medicină de familie din mediul rural cu care a încheiat contract pentru activitatea de recoltare de probe biologice;
- d) numărul de persoane pentru care s-au recoltat probele biologice la nivelul cabinetelor de medicină de familie din mediul rural;

##### 4.1.3. indicatori fizici raportați de casele de asigurări de sănătate:

- a) numărul de persoane pentru care s-au introdus datele de identificare în baza de date;
  - b) numărul de persoane evaluate, din care:
    - numărul de persoane asigurate;
    - numărul de persoane neasigurate;
    - numărul de persoane cu risc de boală depistate, pe tipuri de risc;
    - numărul de persoane nou-depistate cu afecțiuni, în urma evaluării stării de sănătate, confirmate prin examene de specialitate, după caz;
  - c) numărul total de cabinete de medicină de familie care derulează programul;
  - d) numărul furnizorilor de servicii paraclinice care derulează programul;
  - e) numărul de cabinete de medicină de familie din mediul rural care derulează programul, din care:
    - numărul de cabinete care au încheiat contract pentru activitatea de recoltare de probe biologice;
  - f) numărul de persoane cărora le-au fost recomandate investigații paraclinice de către medicii de familie;
  - g) numărul de persoane care au efectuat investigațiile paraclinice recomandate;
  - h) numărul de investigații paraclinice recomandate de către medicul de familie, total și pe tipuri;
  - i) numărul de investigații paraclinice efectuate (total și pe tipuri);
- #### 4.2. indicatori de eficiență: anual și trimestrial:
- a) cost/persoană evaluată clinic = 15,0 RON;
  - b) cost/persoană pentru care s-au introdus datele de identificare în baza de date = 0,5 RON;

- c) cost/persoană evaluată introdusă în baza de date = 0,5 RON;
- d) cost maxim/persoană investigată paraclinic = 50,0 RON;
- e) cost mediu realizat/persoană investigată paraclinic (în limita costului maxim prevăzut de dispozițiile prezentului ordin);

#### 4.3. indicatori de rezultate — anual:

- a) evaluarea morbidității generale și specifice (prevalență și incidentă) prin bolile cronice cu impact major asupra stării de sănătate a populației, pe grupe de vârstă, dinamica și tendințele acestora de către Institutul de Sănătate Publică București și Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, ca urmare a centralizării și prelucrării, la nivel național, a datelor obținute în urma evaluării stării de sănătate a populației în cadrul programului;
- b) ponderea populației evaluate din total populație;
- c) evaluarea rezultatelor pe baza informațiilor cuprinse în riscogramele individuale;
- d) realizarea riscogramei colective.

## CAPITOLUL IX

### Dispoziții finale

1. Ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie pot elabora prevederi specifice în scopul aplicării programului, în funcție de specificul activităților proprii, cu avizul MSP și CNAS.

2. În situația în care există neconcordanțe între datele de identificare înscrise în talon și actul de identitate al persoanei care se prezintă la medicul de familie, se procedează după cum urmează:

a) dacă CNP-ul înscris în cele două documente este identic, talonul este considerat valabil și persoana poate beneficia de serviciile prevăzute în program;

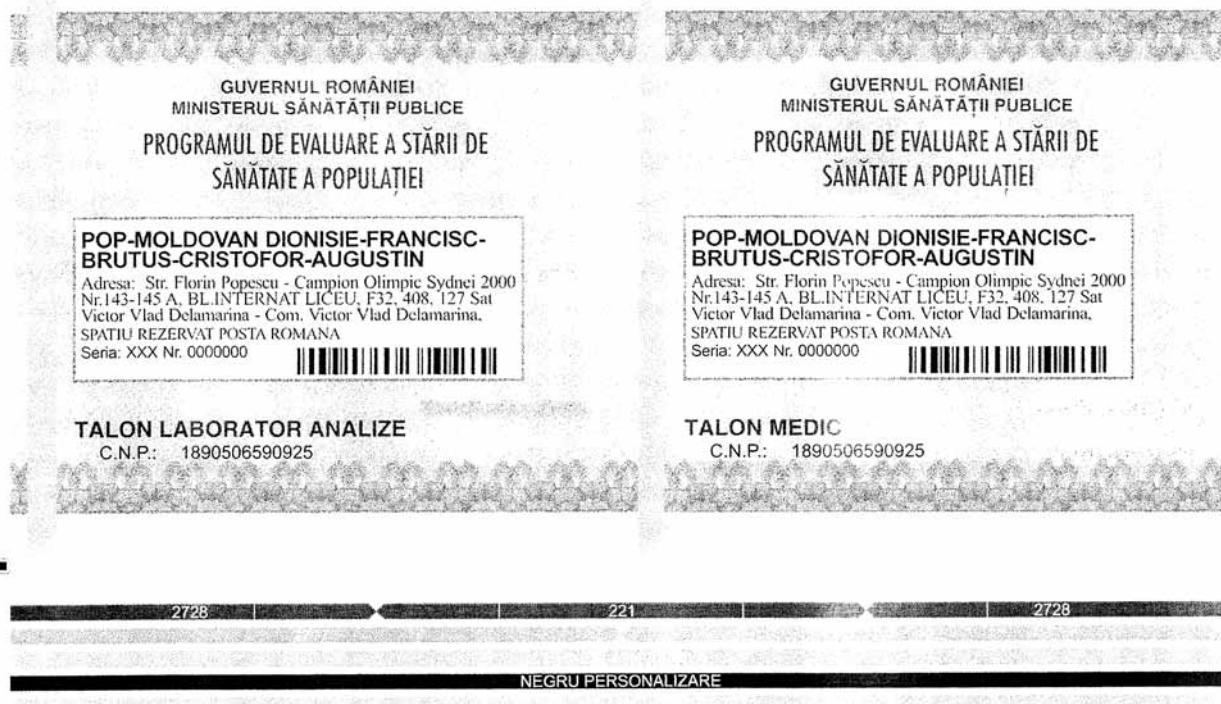
b) dacă CPN-ul înscris în cele două documente nu este identic, persoana care se adresează medicului de familie nu poate beneficia de serviciile prevăzute în program, iar medicul de familie reține talonul pentru a fi predat casei județene de asigurări de sănătate. Situațiile respective sunt analizate de unitatea județeană de implementare a programului.

3. În cazul în care nu există concordanță între datele de identitate ale unor persoane și adresa de corespondență, Compania Națională Poșta Română are obligația de a transmite caselor de asigurări de sănătate lista cuprinzând persoanele aflate în această situație, precum și plicul cuprinzând scrisoarea către populație și taloanele pentru medic și laboratorul de analize medicale, la solicitarea acestora.

4. Persoanele depistate în cadrul programului cu risc cardiovascular, oncologic sau cu risc pentru alte afecțiuni cu impact major asupra stării de sănătate beneficiază de investigații suplimentare în scopul stabilirii diagnosticului, conform unei metodologii elaborate de MSP și CNAS.

5. Instituțiile și furnizorii de servicii medicale implicați în derularea programului au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (securizarea bazei de date la nivelul cabinetului de medicină de familie și a furnizorului de servicii medicale paraclinice, precum și transmiterea în condiții de siguranță a datelor de la furnizorii de servicii medicale în vederea prelucrării acestora privind starea de sănătate, de către instituțiile autorizate în acest sens).

ANEXA Nr. 1

*la normele metodologice***Caracteristici tehnice****a) caracteristici ale hârtiei:**

- hârtie offset;
- gramaj 80 gr/mp, cu o abatere de +/-4%;
- culoare albă;
- securizată împotriva falsificării sau contrafacerii;

**b) caracteristici de tipărire:**

- taloane personalizate (nume, prenume, CNP, adresa), înseriate, cu perforare transversal la mijloc;
- tipar 4+0;
- dimensiunea unui talon este de 21 cm x 10,16 cm;
- aplicare de folie holografică de securizare pe ambele capete ale talonului.

ANEXA Nr. 2

*la normele metodologice*

Stimată doamnă/Stimate domn,

Sănătatea dumneavoastră este cea mai importantă!

Acesta este fundamentul reformei inițiate de Ministerul Sănătății Publice care caută cele mai bune soluții pentru a construi un sistem sanitar aproape de pacient. De aceea, este necesar să știm exact care este starea de sănătate a populației. În acest scop am lansat Programul de evaluare a stării de sănătate a tuturor cetățenilor României. Programul este **GRATUIT** pentru oricare cetățean, indiferent că este asigurat sau nu, indiferent că este sau nu înscris pe lista unui medic de familie.

În cadrul acestui program veți beneficia **GRATUIT** de o consultație la medicul de familie și, în funcție de rezultatul consultației, de un set de analize pentru depistarea unor eventuale afecțiuni cardiace, hepatice, renale, diabet etc. Plata consultației și a setului de analize de laborator este suportată integral din bugetul Ministerului Sănătății Publice. În situația în care medicul de familie decide, pe baza rezultatului analizelor, că există o suspiciune de boală, acesta va recomanda consultul la un medic specialist, dacă faceți dovada calității de asigurat.

În funcție de rezultatul examenului clinic efectuat, medicul dumneavoastră de familie va decide setul de analize de laborator pe care le veți efectua.

Pentru a beneficia de serviciile cuprinse în acest program vă rugăm să luați legătura cu medicul de familie (telefonic sau la sediul cabinetului), **ÎNCEPÂND CU 1 IULIE 2007, în luna în care v-ați născut**, pentru a fi programat în vederea efectuării consultației de evaluare a stării de sănătate. Programul se va desfășura până în septembrie 2008. Dacă din motive obiective nu v-ați prezentat la medic în luna în care v-ați născut, solicitați reprogramarea.

Atașat acestei scrisori ați primit două taloane. Talonul pe care scrie „**Medic**“ îl veți preda medicului dumneavoastră de familie în momentul prezentării la consultație. Talonul inscripționat „**Laborator de analize**“ îl veți folosi la oricare dintre laboratoarele care derulează programul, pentru efectuarea analizelor recomandate de medic și înscrise pe spatele talonului.

În momentul în care vă prezentați pentru efectuarea analizelor, vă rugăm să respectați următoarele recomandări:

- să nu mâncați în dimineața respectivă;
- să nu aveți sau să fi avut în ultima lună: gripă, răceală sau alte afecțiuni febrile;
- să nu consumați la ultima masă din ziua precedentă recoltării alimente grase și dulciuri.

În cazul în care nu aveți medic de familie sau nu sunteți asigurat, vă puteți adresa oricărui medic de familie, care vă va înregistra pe liste separate și vă va programa la consultație.

Pentru orice lămuriri suplimentare contactați medicul dumneavoastră de familie.

Stimată doamnă/Stimate domn, vă rog să nu ratați șansa care vă poate prelungi viața. Demersul Ministerului Sănătății Publice este în interesul dumneavoastră și vă invit să participați la clădirea unei societăți sănătoase, formată din oameni sănătoși.

**Gheorghe Eugen Nicolăescu,**  
ministrul sănătății publice

**NOTĂ:** Acest program este finanțat de Ministerul Sănătății Publice, pentru toți cetățenii României, conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și ordinului ministrului sănătății publice. Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal a autorizat Ministerul Sănătății Publice să prelucreze datele dumneavoastră personale (nume, prenume, domiciliu, CNP), în scopul realizării acestui program, conform art. 2 alin. (2) din Legea nr. 677/2001. Datele dumneavoastră nu vor fi dezvăluite decât partenerilor implicați în acest program (Compania Națională Poșta Română, Compania Națională „Imprimeria Națională” – S.A. și medicul dumneavoastră de familie). Potrivit Legii nr. 677/2001, aveți dreptul de acces și de intervenție asupra datelor, de opoziție, ce poate fi exercitat printr-o scrisoare semnată și datată, adresată Ministerului Sănătății Publice.

*ANEXA Nr. 3  
la normele metodologice*

Stimată doamnă doctor/Stimate domnule doctor,

Începând cu data de 1 iulie 2007 va începe derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

Vă revine o foarte mare responsabilitate în cadrul acestui program și reușita lui depinde, în cea mai mare parte, de seriozitatea și temeinicia muncii dumneavoastră în cadrul programului.

Cu toții ne dorim ca acest program să se deruleze în cele mai bune condiții, în folosul cetățenilor României, deci și al dumneavoastră, în egală măsură.

Din acest motiv, apreciem că sunt necesare și binevenite câteva recomandări cu privire la modul în care se va derula Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

În acest sens, vă rugăm să încheiați contractul cu casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, în vederea derulării programului.

Pentru desfășurarea în bune condiții a acestui program, vă rugăm să vă stabiliți un program de activitate corespunzător, în așa fel încât să asigurați calitatea serviciilor furnizate în cadrul programului, având în vedere recomandarea de a programa, în medie, câte 3 pacienți pe oră pentru efectuarea evaluării stării de sănătate.

Pentru a asigura accesul populației din mediul rural la investigațiile paraclinice (analize de laborator), vă rugăm să manifestați disponibilitate pentru asigurarea în cadrul cabinetului dumneavoastră a condițiilor necesare în vederea recoltării probelor biologice persoanelor examinate de dumneavoastră și să încheiați contracte pentru această activitate cu laboratoarele care derulează programul și care vă solicită în acest sens.

În situația în care nu îndepliniți aceste condiții, veți afișa la loc vizibil lista furnizorilor de servicii medicale paraclinice (analize de laborator), care au contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului (denumire, adresă, număr de telefon).

De asemenea, în situația în care, deși aveți dotarea necesară, nu aveți autorizată de către autoritatea de sănătate publică activitatea de recoltare de probe biologice în cadrul cabinetului dumneavoastră, vă rugăm să faceți demersurile necesare în acest sens în cel mai scurt timp posibil.

Pentru a asigura realizarea tuturor activităților în cadrul programului în condiții optime, este necesar și obligatoriu să efectuați programarea populației în vederea evaluării stării de sănătate. În vederea realizării acesteia, vă rugăm să luați în considerare criteriile prevăzute în actele normative pe care le primiți alăturat.

Vă rugăm să acordați atenție maximă acestei programări pentru a nu crea disfuncționalități în derularea programului și o supraaglomerare nejustificată la cabinetul dumneavoastră, care să nemulțumească populația.

Recomandarea investigațiilor paraclinice (analize de laborator) o veți face diferențiat, numai în urma efectuării examenului clinic de evaluare a stării de sănătate, în funcție de rezultatele acestuia, precum și în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Pentru a evita obținerea unor rezultate denaturate ale analizelor de laborator pe care le prescrieți persoanelor examinate clinic, vă rugăm să le indicați acestora respectarea următoarelor recomandări atunci când se prezintă la laborator sau la cabinetul dumneavoastră în vederea recoltării probelor biologice necesare în vederea efectuării analizelor de laborator:

- să nu mănânce în ziua în care se prezintă pentru recoltarea probelor biologice la cabinetul dumneavoastră sau la laboratorul de analize medicale;
- să nu prezinte afecțiuni acute intercurrente;
- să nu consume la ultima masă din ziua precedentă recoltării alimente bogate în grăsimi și glucide.

Datele obținute în urma efectuării evaluării stării de sănătate a fiecărei persoane pe care ați examinat-o le veți consemna în planul individual de supraveghere pe care îl înmânați fiecărei persoane în cauză și care va cuprinde, în mod obligatoriu, următoarele date:

- a) numele și prenumele persoanei evaluate;
- b) CNP-ul persoanei evaluate;
- c) rezultatele examenului clinic de evaluare efectuat în cadrul programului;
- d) alte constatări în momentul examinării (dacă este cazul);
- e) concluzii formulate în funcție de particularitățile fiecărei persoane evaluate, referitoare la:
  - rezultatele analizelor de laborator efectuate, precum și alte examene efectuate, după caz;
  - diagnosticul complet al afecțiunii/afecțiunilor constatate în urma efectuării examenului de evaluare a stării de sănătate;
  - stabilirea stării de risc pentru fiecare persoană și a necesarului de servicii preventive care vor fi efectuate, pe baza graficului activităților preventive la adult și copil;
  - consiliere pe baza riscului individual stabilit în urma aplicării riscogramei.

Vă mulțumim pentru participarea dumneavoastră la realizarea programului și sperăm ca după finalizarea acestuia să deținem informațiile necesare pentru a reforma fundamental politicile în domeniul sănătății, atât în ceea ce privește asigurarea resurselor financiare și umane necesare, cât și în ceea ce privește adaptarea structurilor sanitare existente la nevoile reale ale populației României.

Pentru detalii suplimentare vă rugăm să consultați legislația referitoare la acest program pe site-ul Ministerului Sănătății Publice.

Ministrul sănătății publice,  
**Gheorghe Eugen Nicolăescu**

Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate,  
**Vasile Ciurchea**

*ANEXA Nr. 4  
la normele metodologice*

### RISCOGRAMA INDIVIDUALĂ

#### A. DATE PERSONALE

**Nume** ..... **Prenume** .....  
**CNP** □□□□□□□□□□□□ **Asigurat** Da □  
**Strada** ..... **Nr.** ..... **Bloc** ..... **Scara** ..... **Etaj** ..... **Apt.** .....  
**Localitate** ..... **Județ** ..... **Telefon** □□□□□□□□□□  
**Stare civilă** necăsătorit/ă □ căsătorit/ă □ divorțat/ă □ văduv/ă □ concubinaj □  
**Nivel instruire** fără studii □ studii primare (I–IV) □ studii gimnaziale (V–VIII) □  
 studii liceale și postliceale □ studii superioare □  
**Ocupație** agricultor □ casnică □ elev □ fără ocupație □  
 liber profesionist □ pensionar □ salariat □ șomer □ student □

#### B. ANTECEDENTE HEREDOCOLATERALE

**Rude gradul I (tata, mama, frate, soră, copil)**  
 – deces prin boală cardiovasculară: bărbat < 55 ani □, femeie < 65 ani □ AVC la < 65 ani □  
 – cancer diagnosticat la < 65 de ani: sân □, endometru □, colon □  
 – diabet zaharat □ hipercolesterolemie familială □ boală renală cronică □  
 – fracturi osteoporotice □ fracturi șold la femei > 55 ani □  
**Rude gradul II**  
 – diabet zaharat □ cancer de sân < 50 ani □ cancer de colon □

## C. ANTECEDENTE FIZIOLOGICE (femei)

- Menarhă < 12 ani  Vârsta la prima naștere > 35 ani  Menopauză < 45 ani   
 > 55 ani   
 Nr. nașteri 0  1  2  > 2  Număr avorturi > 3   
 Nou-născut > 4.000 gr  Alăptare mai mult de 1 an   
 Metode de contracepție: Prezervative  Sterilet  Contracepție orală  Altele   
 Contracepție orală > 5 ani   
 Terapie de substituție hormonală < 5 ani  5–10 ani  > 10 ani

## D. ANTECEDENTE PATOLOGICE

**Boli cronice**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Boli cu transmitere sexuală (femei 20–45 ani) DA** **Intervenții chirurgicale**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**Antihipertensive  Corticosteroizi sistemici > 3 luni** **Investigații paraclinice:**

- Glicemie peste 100 mg/dl? DA   
 Test Papanicolau în ultimii 3 ani DA   
 Mamografie în ultimii 2 ani DA

## E. STIL DE VIAȚĂ

1. **Nutriție**

- Carne grasă consumată zilnic DA  Grăsimi saturate consumate zilnic DA   
 Adăugați în mod obișnuit sare la mâncarea gătită? DA   
 Legume și fructe consumate zilnic DA

2. **Consum de alcool**

- DA   
 a) Ați simțit vreodată că ar trebui să nu mai beți? DA   
 b) Vi s-a spus în mod insistent că nu ar trebui să mai beți? DA   
 c) Vi s-a întâmplat vreodată să beți alcool la prima oră a dimineții pentru a vă calma sau pentru a vă reveni în formă? DA   
 d) V-ați simțit vreodată vinovat datorită consumului de alcool? DA

3. **Activitate fizică:**

- a) Munca dumneavoastră zilnică presupune efort fizic? DA   
 b) Obișnuiți să mergeți pe jos măcar 30 de minute pe zi, cel puțin 5 zile din săptămână? DA   
 c) Practicați vreun sport cu regularitate? DA

4. **Fumat** DA  > 20 țigări/zi 

Preconizați să renunțați la fumat în următorul an? DA  NU

5. **Sănătate mintală**

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

6. **Sănătate orală**

Ați făcut o vizită la stomatolog în ultimul an? DA

7. **Sănătatea reproducerii (femei)**

- Debut activitate sexuală (< 16 ani) DA   
 Parteneri multipli (> 6) DA

## F. EXAMEN CLINIC OBIECTIV

Înălțime (cm)  Greutate (kg)  IMC   
 Circumferința abdominală (cm)  TA (mmHg)

**Sinteză examen clinic**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## PLANUL INDIVIDUAL DE SUPRAVEGHERE

Numele și prenumele persoanei evaluate:

Codul numeric personal:

Rezultatele examenului clinic de evaluare:

Alte constatări în momentul examinării:

Concluzii formulate în funcție de particularitățile fiecărei persoane evaluate referitoare la:

1. Stabilirea stării de risc pentru fiecare persoană și a necesarului de servicii preventive care vor fi efectuate, pe baza graficului activităților preventive la adulți și copil:

2. Consiliere pe baza riscului individual stabilit în urma aplicării riscogramei:

3. Rezultatele investigațiilor paraclinice:

4. Diagnosticul complet al afecțiunii/afecțiunilor constatate în urma evaluării stării de sănătate:

5. Recomandări:

MEDIC DE FAMILIE,  
.....

## LISTA

## investigațiilor paraclinice efectuate în cadrul programului

Nr. crt.	Denumirea investigației paraclinice	Categoriile de persoane la care se recomandă	Tariful (lei)
1.	Hemoleucogramă completă	peste 3 ani	11,0
2.	Creatinina serică	peste 50 de ani sub 50 de ani la persoane cu risc	5,0
3.	Glicemie	peste 3 ani	5,0
4.	Sideremie	copii cu vârsta cuprinsă între 0—10 ani; gravide; femeii cu vârsta peste 25 de ani	5,5
5.	Sumar de urină	peste 3 ani	5,0
6.	Colesterol seric total	peste 40 de ani sub 40 de ani la persoanele cu risc	5,0
7.	HDL colesterol	peste 40 de ani sub 40 de ani la persoanele cu risc	6,5
8.	Trigliceride	peste 40 de ani sub 40 de ani la persoanele cu risc	5,5
9.	TGP	peste 30 de ani sub 30 de ani la persoanele cu risc	4,5

*ANEXA Nr. 7a)*  
*la normele metodologice*

## CONTRACT DE FURNIZARE

**de servicii medicale în asistența medicală primară pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară**

### I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin președinte — 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 Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare ....., reprezentată prin .....

— cabinet care funcționează în structura sau 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 ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ....., și sediul punctului secundar de lucru în comuna ....., str. .... nr. ...., telefon ....., cont nr. .... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca ....., cod numeric personal al reprezentantului legal ..... sau cod unic de înregistrare ....., cu Contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. ...., Autorizație sanitară de funcționare a cabinetului/punctului de lucru nr. ...., din care să rezulte și autorizarea activității de recoltare a probelor biologice, după caz; contracte încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru recoltarea probelor biologice care se atașează în copie la prezentul contract; Cerere nr. ...., semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului.

### II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale necesare în vederea realizării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 292/2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 570/116/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind implementarea, evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate, responsabilitățile în monitorizarea și controlul acestora, detalierea pe subprograme și activități, indicatorii specifici, unitățile sanitare prin care se derulează în anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

### III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în cadrul programului sunt cele prevăzute în Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv:

a) introducerea datelor de identificare, precum și a datelor rezultate din evaluarea persoanelor în baza de date a cabinetului medicului de familie;

b) examinare clinică diferențiată, în funcție de grupa de vârstă;

c) identificarea și investigarea riscului și a cumulului de factori de risc prin realizarea riscogramei individuale;

d) întocmirea planului individual de supraveghere a fiecărei persoane, în funcție de riscograma individuală, realizată la adult și, în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate, la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani;

e) consilierea persoanelor examinate în funcție de riscograma individuală realizată la adult și în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani;

f) recomandarea investigațiilor paraclinice la persoanele examinate, precum și examene clinice de specialitate în funcție de riscul individual stabilit în urma realizării riscogramei la adult și a rezultatelor examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani;

g) depistarea precoce a bolilor cronice și a complicațiilor acestora în funcție de riscograma individuală realizată la adult și în funcție de rezultatele examenului clinic de evaluare a stării de sănătate la copiii cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru asigurații înscriși pe lista proprie, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale înscriși pe lista proprie și persoane neînscrise pe lista medicului și neasigurate care au optat să fie evaluate, de către următorii medici de familie:

1. ...., având un număr de ..... asigurați și un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie;

2. ...., având un număr de ..... asigurați și un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie;

3. ...., având un număr de ..... asigurați și un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie.

#### IV. Durata contractului și programul de lucru

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007, cu obligativitatea prelungirii acestuia prin acte adiționale, până la finalizarea programului, respectiv 30 septembrie 2008, și în condițiile în care în această perioadă furnizorul se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală primară, potrivit următorului program de lucru:

#### V. Obligațiile părților

##### A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 5. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să deconteze medicului de familie, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării, contravaloarea activităților desfășurate în cadrul programului, luând în considerare că se pot acorda în medie consultații la 3 pacienți pe oră. Neprezentarea acestor documente în termenul anterior menționat atrage prelungirea termenului de decontare, până la termenul următor prezentării documentelor;

2. să verifice, după primirea documentelor necesare în vederea decontării, concordanța CNP-urilor cuprinse în borderourile centralizatoare cu CNP-urile prevăzute în taloanele securizate înaintate de către furnizorii de servicii medicale;

3. să efectueze controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte pentru derularea programului, în condițiile stabilite de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară și a metodologiei elaborate în acest sens de Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

4. să transmită cabinetelor de medicină de familie lista actualizată a laboratoarelor de analize medicale cu care acestea sunt în relație contractuală în cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

5. să controleze actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor medicale furnizate conform contractelor și documentele justificative privind sumele decontate în cadrul programului;

6. să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

7. să regularizeze trimestrial suma de 0,5 lei pentru fiecare persoană pentru care au fost introduse datele de identificare în baza de date cu suma de 0,5 lei pentru fiecare persoană raportată ca evaluată în cadrul programului.

##### B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 6. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să își stabilească un program de activitate corespunzător pentru derularea acestui program în funcție de numărul de persoane care urmează a fi evaluate, luând în considerare recomandarea de a examina în medie 3 persoane pe oră, pentru asigurarea calității actului medical;

2. să afișeze la loc vizibil programul cabinetului, precum și lista persoanelor programate la examenul de evaluare pe luna în curs, programare stabilită de comun acord cu acestea;

3. să raporteze casei de asigurări de sănătate, la termenele stabilite, indicatorii prevăzuți în program, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

4. să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente în vederea decontării:

a) factura cuprinzând contravaloarea serviciilor desfășurate în cadrul programului;

b) talonul securizat pentru medic, semnat, parafat și ștampilat pe verso, cu care persoana evaluată s-a prezentat la medicul de familie;

c) borderoul centralizator în format electronic și pe suport hârtie, parafat, ștampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului, cuprinzând lista CNP-urilor aparținând persoanelor evaluate în luna pentru care se face raportarea, precum și serviciile efectuate acestora;

5. să recomande investigațiile medicale paraclinice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară și în condițiile reglementate de acesta;

6. să semneze investigațiile paraclinice recomandate, precum și numărul acestora (în cifre și litere), să semneze, să parafeze și să aplice ștampila cabinetului pe versoul talonului securizat;

7. să întocmească baza de date cuprinzând persoanele înscrise pe lista sa, precum și persoanele care nu sunt înscrise pe listă și care solicită efectuarea evaluării stării de sănătate de către medicul respectiv, în conformitate cu cerințele programului, pe care o transmit autorității de sănătate publică județene sau a municipiului București, inclusiv datele medicale rezultate din evaluare;

8. să programeze în vederea efectuării evaluării stării de sănătate a populației toate persoanele înscrise pe lista sa, indiferent de statutul lor de asigurat, precum și pe cei neînscrși pe lista sa care solicită efectuarea evaluării stării de sănătate de către medicul de familie la care se adresează, de comun acord cu acestea. Programarea populației în vederea evaluării stării de sănătate se va face potrivit etapelor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

9. să dețină o bază de date corectă la încheierea programului, cuprinzând toate datele obținute pe parcursul derulării programului, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

10. să respecte legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal și instrucțiunile de utilizare a programului informatic pus la dispoziție de Ministerul Sănătății Publice;

11. să elibereze bilet de trimitere către cabinetele de specialitate pentru persoanele asigurate care au fost depistate cu probleme de sănătate ce nu pot fi rezolvate de medicul de familie examinator, în vederea precizării diagnosticului și a atitudinii terapeutice;

12. să realizeze examinările medicale în vederea evaluării stării de sănătate în conformitate cu dispozițiile Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

13. să înregistreze datele obținute în urma examinărilor medicale de evaluare a stării de sănătate, în planul individual de supraveghere conform dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

14. să ia în evidență și să dispensarizeze persoanele asigurate care în urma examinărilor medicale au fost depistate cu boli sau deficiențe, în vederea recuperării tulburărilor survenite în starea de sănătate;

15. să afișeze la loc vizibil lista furnizorilor de servicii medicale paraclinice — analize de laborator care au încheiate contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului (denumire, adresă, număr de telefon), în situația în care nu deține autorizarea activității de recoltare a probelor biologice;

16. să asigure confidențialitatea actului medical, precum și intimitatea și demnitatea persoanelor evaluate;

17. să raporteze lunar, în primele 10 zile calendaristice a lunii următoare pentru care se face raportarea, indicatorii fizici și trimestrial/anual indicatorii de eficiență, în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din

cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

18. să nu refuze acordarea serviciilor medicale cuprinse în program persoanelor înscrise în lista proprie și persoanelor neînscrise care solicită evaluarea stării de sănătate;

19. să asigure evaluarea stării de sănătate la domiciliul bolnavilor netransportabili, precum și a persoanelor instituționalizate, pe durata derulării programului;

20. să înregistreze datele privind evaluarea persoanelor, până la distribuirea tehnicii de calcul și a programului informatic, după cum urmează:

a) în aplicația pusă la dispoziție de Ministerul Sănătății Publice, în situația în care există un calculator în dotarea cabinetului respectiv;

b) pe suport hârtie, pe formularele puse la dispoziție gratuit în cadrul programului, în cazul în care nu există un calculator în dotarea cabinetului respectiv;

21. să rețină talonul persoanei care i se adresează, pentru a fi predat casei județene de asigurări de sănătate, dacă CNP-ul înscris în talon nu este identic cu cel înscris în actul de identitate; în această situație persoana care se adresează medicului de familie nu poate beneficia de serviciile prevăzute în program;

22. să introducă datele de identificare, precum și datele rezultate din evaluarea persoanelor în baza de date a cabinetului;

23. să introducă datele de identificare ale persoanelor înscrise pe lista sa, în primul trimestru de derulare a programului. Raportarea numărului de persoane introduse în baza de date se face pe baza machetei stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anexă la prezentul contract;

24. să prezinte caselor de asigurări de sănătate, pentru primul trimestru de derulare a programului, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, situația lunară centralizatoare privind numărul de persoane pentru care au fost introduse datele de identificare în baza de date.

#### VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Modalitatea de plată a serviciilor medicale furnizate în cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară sunt:

a) cost/persoană evaluată clinic = 15 lei;

b) cost/persoană evaluată, introdusă în baza de date = 0,5 lei, care se regularizează trimestrial cu suma de 0,5 lei pentru fiecare persoană raportată ca evaluată în cadrul programului.

(2) Decontarea serviciilor medicale se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la primirea documentelor, la data de .....

(3) Contravaloarea serviciilor medicale se diminuează în luna în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale cu 10%, 15%, 20% din suma reprezentând contravaloarea activității desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea. Diminuarea se aplică astfel:

— la prima constatare 10%;

— la a doua constatare 15%;

— la a treia constatare 20%.

#### VII. Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în program

Art. 8. — (1) Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului va fi efectuat trimestrial și ori de câte ori este nevoie de către casele de asigurări de sănătate, autoritățile de sănătate publică, precum și de către Agenția Națională pentru Programe de Sănătate, prin sondaj.

(2) Controlul prevăzut la alin. (1) se desfășoară conform unei metodologii elaborate de Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și va urmări, în principal, următoarele:

a) respectarea de către furnizori a responsabilităților ce le revin în cadrul programului;

b) realizarea indicatorilor specifici, fizici și de eficiență, prevăzuți în program;

c) concordanța între indicatorii raportați și evidențele primare ale furnizorilor;

d) identificarea eventualelor disfuncționalități în derularea programului.

#### VIII. Răspunderea contractuală

Art. 9. — În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale după încetarea contractului, sumele încasate necuvenit vor fi recuperate de casele de asigurări de sănătate conform dispozițiilor legale în vigoare.

#### IX. Clauză specială

Art. 10. — Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

#### X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 11. — Contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară încetează cu data la care încetează contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

Art. 12. — Contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară se suspendă cu data la care se suspendă contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

#### XI. Corespondența

Art. 13. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

#### XII. Modificarea contractului

Art. 14. — 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. 15. — 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.

#### XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 16. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de arbitraj care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară a fost încheiat astăzi, ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### XIV. Alte clauze\*)

.....  
 .....

Casa de Asigurări de Sănătate  
*Președinte-director general,*

Furnizor de servicii medicale  
*Reprezentant legal,*

.....  
 Director executiv al Direcției economice,  
 .....

.....  
 Director executiv al Direcției relații cu furnizorii,  
 planificare și prognoză,  
 .....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

\*) În cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, în limita prevederilor legale în vigoare.

**CONTRACT DE FURNIZARE**  
**de servicii medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea**  
**stării de sănătate a populației în asistența medicală primară**

**I. Părțile contractante**

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin președinte-director general .....,

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- laborator individual ....., reprezentat prin medicul titular .....
- laborator asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., reprezentată prin administrator .....

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin .....

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., reprezentată prin .....

Ambulatoriul de specialitate din structura spitalului....., inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului ....., reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical — unități medicale cu personalitate juridică ....., reprezentat prin ....., având sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ....., cont nr. ...., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. .... deschis la Banca ....., cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal ....., Autorizație sanitară de funcționare nr. ....

— contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice nr. ....;

— copia contractului, în termen de valabilitate, încheiat pentru control extern de calitate/participare la scheme de intercomparare cu administratori notificați de către Ministerul Sănătății Publice;

— certificat nr. .... privind participarea, în termen de valabilitate, la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare a laboratoarelor de analize medicale cu administratori notificați în acest sens de către Ministerul Sănătății Publice, pentru toate investigațiile paraclinice, de cel puțin 4 ori pe an, investigații paraclinice ce sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

— raportul de evaluare privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare emis de administratorii notificați de Ministerul Sănătății Publice .....

— contracte (cu excepția municipiului București) pentru recoltarea probelor biologice încheiate cu cabinetele medicale de medicină de familie din mediul rural, care îndeplinesc condițiile legale pentru această activitate, care se atașează în copie la prezentul contract;

— declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice cu privire la îndeplinirea condiției prevăzute la cap. V pct. 3.2 din Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu menționarea în cuprinsul acesteia a tuturor cabinetelor cu care furnizorul de servicii medicale paraclinice a încheiat contracte pentru recoltarea probelor biologice;

— copia contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu pentru situația în care se încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din alte județe, respectiv municipiul București, în condițiile stabilite de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

— cerere nr. .... semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului.

## II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale paraclinice necesare în vederea realizării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 292/2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 570/116/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind implementarea, evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate, responsabilitățile în monitorizarea și controlul acestora, detalierea pe subprograme și activități, indicatorii specifici, unitățile sanitare prin care se derulează în anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

## III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale paraclinice efectuate în cadrul programului de către furnizorul de servicii medicale paraclinice sunt:

- a) efectuarea investigațiilor medicale paraclinice recomandate de medicii de familie;
- b) transmiterea rezultatelor investigațiilor medicale paraclinice medicilor de familie care le-au recomandat.

Investigațiile medicale paraclinice furnizate în cadrul programului, precum și categoriile de persoane cărora le sunt recomandate sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale în cadrul programului se face de către următorii medici:

### a) Medic

Nume ..... Prenume .....  
 Specialitatea .....  
 Cod numeric personal .....  
 Codul de parafă al medicului .....  
 Program zilnic de activitate .....

### b) Medic

Nume ..... Prenume .....  
 Specialitatea .....  
 Cod numeric personal .....  
 Codul de parafă al medicului .....  
 Program zilnic de activitate .....

c) .....

## IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007, cu obligativitatea prelungirii acestuia prin acte adiționale, până la finalizarea programului, respectiv 30 septembrie 2008, și în condițiile în care în această perioadă furnizorul se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

## V. Obligațiile părților

### A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 5. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale pentru derularea programului, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la data primirii documentelor necesare în vederea decontării, în limita sumei maxime de 50 lei pentru fiecare persoană, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se face raportarea. Neprezentarea acestor documente în termenul anterior menționat atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;

2. să verifice, după primirea documentelor necesare în vederea decontării, următoarele:

a) concordanța CNP-urilor cuprinse în borderourile centralizatoare cu CNP-urile prevăzute în taloanele securizate înaintate de către furnizorii de servicii medicale;

b) concordanța investigațiilor paraclinice recomandate de către medicul de familie pe versoul taloanelor pentru laborator și investigațiile paraclinice efectuate, pentru care laboratorul a emis factura în vederea decontării;

3. să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale pentru derularea programului contravaloarea investigațiilor paraclinice efectuate pacienților, la recomandarea medicilor de familie, la tarifele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

4. să efectueze controlul furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au încheiat contracte pentru derularea programului, în condițiile stabilite de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară și a metodologiei elaborate în acest sens de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

5. să controleze actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor medicale furnizate conform contractelor și documentele justificative privind sumele decontate în cadrul programului;

6. să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării acestora;

7. să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor de familie care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programului;

8. să pună la dispoziția furnizorilor de servicii medicale paraclinice lista cabinetelor de medicină de familie din mediul rural, precum și adresa lor de corespondență;

9. să afișeze pe site-ul casei de asigurări de sănătate informații cu privire la zonele din mediul rural neacoperite de furnizorii de servicii medicale paraclinice din județul respectiv, în vederea încheierii contractelor cu furnizori din alte județe, în situația în care în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate nu există furnizori care să îndeplinească condițiile Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară sau furnizorii din județul respectiv nu au capacitatea de a acoperi necesarul de servicii paraclinice pentru populația județului, în vederea realizării programului.

#### **B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice**

Art. 6. — Furnizorul de servicii medicale paraclinice are următoarele obligații:

1. să îndeplinească pe toată perioada de valabilitate a contractului condițiile obligatorii pentru încheierea acestuia, stabilite conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

2. să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente necesare în vederea decontării:

a) factura cuprinzând contravaloarea investigațiilor paraclinice efectuate în cadrul programului;

b) borderoul-centralizator, atât în format electronic, cât și pe suport hârtie, ștampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal, cuprinzând lista CNP-urilor aparținând persoanelor evaluate în luna pentru care se face raportarea, precum și serviciile efectuate acestora;

c) pentru fiecare CNP raportat, să transmită taloanele securizate pentru investigații medicale paraclinice aparținând persoanelor examinate, având pe versoul acestora, în mod obligatoriu, investigațiile medicale paraclinice recomandate, semnătura și parafa medicului care le-a recomandat, precum și ștampila cabinetului de medicină de familie respectiv;

3. să efectueze toate investigațiile paraclinice recomandate în urma examenului clinic de către medicul de familie pe versoul talonului securizat;

4. să întocmească evidențe distincte pentru investigațiile paraclinice efectuate în cadrul programului;

5. să transmită medicului de familie care a recomandat investigațiile medicale paraclinice rezultatele acestora, în termen de maximum 48 de ore, în formatul prevăzut de reglementările legale în vigoare, pe suport hârtie, semnat și parafat de medicul de laborator;

6. să respecte legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal;

7. să raporteze casei de asigurări de sănătate, la termenele stabilite, indicatorii prevăzuți în program, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;

8. să asigure confidențialitatea actului medical, precum și intimitatea și demnitatea persoanelor evaluate;

9. să asigure transportul în condiții de siguranță și prelucrarea probelor biologice recoltate la nivelul cabinetului de medicină de familie, în maximum 4 ore de la momentul recoltării;

10. să respecte criteriile de calitate în faza de preanaliză;

11. să asigure prelevarea probelor biologice la domiciliul bolnavilor netransportabili, precum și al persoanelor instituționalizate, pe durata derulării programului;

12. să recolteze probele biologice pe sisteme de unică folosință;

13. să încheie contracte pentru recoltarea probelor biologice cu cabinetele de medicină de familie din mediul rural care derulează programul și care au autorizată activitatea de recoltare de probe biologice.

## VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Modalitatea de plată a investigațiilor medicale paraclinice furnizate în cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară este tarif pe serviciu medical exprimat în lei. Tarifele sunt cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

(2) Decontarea serviciilor medicale se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la primirea documentelor, la data de .....

(3) Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se diminuează în luna în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale cu 10%, 15% sau 20% din suma reprezentând contravaloarea activității desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea. Diminuarea se aplică astfel:

- la prima constatare 10%;
- la a doua constatare 15%;
- la a treia constatare 20%.

## VII. Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în program

Art. 8. — (1) Controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiate contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului va fi efectuat trimestrial și ori de câte ori este nevoie de către casele de asigurări de sănătate, autoritățile de sănătate publică, precum și de către Agenția Națională pentru Programe de Sănătate, prin sondaj.

(2) Controlul prevăzut la alin. (1) se desfășoară conform unei metodologii elaborate de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și va urmări, în principal, următoarele:

- a) respectarea de către furnizori a responsabilităților ce le revin în cadrul programului;
- b) realizarea indicatorilor specifici, fizici și de eficiență, prevăzuți în program;
- c) concordanța dintre indicatorii raportați și evidențele primare ale furnizorilor;
- d) identificarea eventualelor disfuncționalități în derularea programului.

## VIII. Răspunderea contractuală

Art. 9. — În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale după rezilierea contractului sau după încetarea acestuia, sumele încasate necuvenit vor fi recuperate de casele de asigurări de sănătate conform dispozițiilor legale în vigoare.

## IX. Clauză specială

Art. 10. — 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, mari inundații, embargo.

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

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

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

## X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

Art. 11. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară se reziliază de plin drept la data producerii următoarelor situații:

- a) se reziliază contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice;
- b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 pct. 1 din prezentul contract.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice la a patra constatare a nerespectării obligațiilor contractuale.

Art. 12. — Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară încetează cu data la care încetează contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Art. 13. — Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară se suspendă cu data la care se suspendă contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

**XI. Corespondența**

Art. 14. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

**XII. Modificarea contractului**

Art. 15. — 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. 16. — 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.

**XIII. Soluționarea litigiilor**

Art. 17. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

**XIV. Alte clauze\*)**

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice pentru derularea Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară a fost încheiat astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate  
Președinte-director general,

Furnizor de servicii medicale  
Reprezentant legal,

Director executiv al Direcției economice

Director executiv al Direcției relații cu furnizorii,  
planificare și prognoză,

Vizat

Compartiment juridic și contencios

\*) În cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, în limita prevederilor legale în vigoare.

ANEXA Nr. 8  
la normele metodologice

**CONTRACT DE COMODAT Nr. ....**

**Încheiat astăzi, ...../...../.....**

**I. Părțile**

1.1. Autoritatea de Sănătate Publică a Județului ....., cu sediul în ....., cod fiscal ....., reprezentată de ....., în calitate de **comodant**,

și

1.2. 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 Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin .....

— cabinet care funcționează în structura sau 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 ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ....., și sediul punctului secundar de lucru în comuna ....., str. .... nr. ...., telefon ....., cont nr. .... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. .... deschis la Banca ....., cod numeric personal al reprezentantului legal ..... sau cod unic de înregistrare ....., cu Contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. ...., Autorizație sanitară de funcționare a cabinetului/punctului de lucru nr. .... din care să rezulte și autorizarea activității de recoltare a probelor biologice, contracte încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru recoltarea probelor biologice care se atașează în copie la prezentul contract, în calitate de **comodatar**,

au convenit să încheie prezentul contract de comodat cu respectarea următoarelor clauze:

## II. Obiectul contractului

2.1. Comodantul acordă comodatarului, sub formă de împrumut, următoarele bunuri: calculator, echipament informatic și program informatic necesare derulării programului 8 — Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară (conform Hotărârii Guvernului nr. 292/2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2007, Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 570/116/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind implementarea, evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate, responsabilitățile în monitorizarea și controlul acestora, detalierea pe subprograme și activități, indicatorii specifici, precum și unitățile sanitare prin care se derulează acestea în anul 2007 și ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară), bunuri identificate în anexa nr. 1 la prezentul contract (serie, nr. etc.).

2.2. Bunurile prevăzute la pct. 2.1 se acordă de către comodant comodatarului pe toată perioada de derulare a programului național prevăzut la pct. 2.1.

## III. Obligațiile părților

### 3.1. Obligațiile comodantului

a) Comodantul va preda comodatarului bunurile, precum și toate accesoriile acestuia, în bună stare de funcționare, începând cu data semnării prezentului contract și a procesului-verbal de predare-primire a bunurilor, întocmit conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 la prezentul contract.

b) Comodantul nu va stânjeni pe comodatar în exercitarea dreptului de folosință asupra bunurilor și nici nu va face acte care ar putea restrânge folosința acestuia.

c) Comodantul nu va putea să închirieze/instrăineze bunurile care fac obiectul prezentului contract vreunui terț pe toată perioada de valabilitate a prezentului contract.

### 3.2. Obligațiile comodatarului

a) Comodatarul se obligă ca pe toată durata contractului să păstreze în bune condiții bunurile, precum și accesoriile acestora, să nu le degradeze sau deterioreze.

b) Comodatarul va folosi bunurile numai potrivit destinației prevăzute în contract, și anume pentru derularea programului național 8 — Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

c) Pe toată durata contractului, comodatarul va suporta toate cheltuielile referitoare la utilitățile consumate pentru folosința bunurilor ce fac obiectul contractului.

d) Comodatarul va efectua pe cheltuiala sa lucrările de reparații ale bunurilor ce fac obiectul contractului.

e) Comodatarul va răspunde de distrugerea totală sau parțială a bunurilor care s-ar datora culpei sau neglijenței sale, suportând contravaloarea acestora la prețul de achiziție.

f) Comodatarul îi va permite comodantului să controleze modul cum sunt folosite bunurile și starea acestora oricând, pe toată perioada de derulare a contractului.

g) Comodatarul, la expirarea acestui contract, va restitui comodantului bunurile împreună cu toate accesoriile.

h) Comodatarul are obligația de a notifica comodantului, în termen de maximum 24 de ore de la producere, orice defecțiune sau degradare a bunurilor ce fac obiectul prezentului contract.

## IV. Durata contractului

4.1. Părțile au convenit să încheie prezentul contract pe întreaga perioadă de derulare a programului național 8 — Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

4.2. Predarea bunului va avea loc la data de ....., pe baza procesului-verbal de predare-primire prevăzut în anexa nr. 1 la prezentul contract.

**V. Încetarea contractului**

5.1. Prezentul contract încetează de plin drept, fără a mai fi necesară intervenția unui/unei tribunal arbitrar/instanțe judecătorești, în următoarele situații:

- a) comodatarul nu-și respectă obligațiile stabilite pentru derularea programului național 8 — Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară;
  - b) comodatarul nu folosește bunurile ce fac obiectul prezentului contract conform destinației pentru care au fost predate;
  - c) decesul comodatarului;
  - d) închirierea de către comodatar a bunurilor ce fac obiectul prezentului contract;
  - e) neîndeplinirea uneia sau mai multor obligații prevăzute la pct. 3.2.
- 5.2. Prin acordul părților, prezentul contract poate să înceteze și înainte de termen.

**VI. Forța majoră**

6.1. Niciuna dintre părțile contractante nu răspunde de neexecutarea la termen sau/și de executarea în mod necorespunzător — total sau parțial — a oricărei obligații care îi revine în baza prezentului contract, dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a obligației respective a fost cauzată de forța majoră constatată de către o autoritate competentă.

6.2. Partea care invocă forța majoră este obligată să notifice celeilalte părți, în termen de două zile, producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile în vederea limitării consecințelor lui.

6.3. Dacă în termen de două zile de la producere evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul să-și notifice încetarea de plin drept a prezentului contract fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese.

**VII. Notificări și litigii**

7.1. În accepțiunea părților contractante, orice notificare adresată de una dintre acestea celeilalte este valabil îndeplinită dacă va fi transmisă la adresa/sediul prevăzută/prevăzut în partea introductivă a prezentului contract.

7.2. În cazul în care notificarea se face pe cale poștală, ea va fi transmisă, prin scrisoare recomandată, cu confirmare de primire și se consideră primită de destinatar la data menționată de oficiul poștal primitor pe această confirmare.

7.3. Notificările verbale nu se iau în considerație de niciuna din părți, dacă nu sunt confirmate prin intermediul uneia dintre modalitățile prevăzute în alineatele precedente.

7.4. Părțile au convenit ca toate neînțelegerile privind validitatea prezentului contract sau rezultate din executarea sau interpretarea acestuia să fie rezolvate pe cale amiabilă de reprezentanții lor.

7.5. În cazul în care nu este posibilă rezolvarea litigiilor pe cale amiabilă, părțile se vor adresa instanțelor judecătorești competente.

**VIII. Clauze finale**

8.1. Modificarea prezentului contract se face numai prin act adițional încheiat între părțile contractante.

8.2. Anexele la prezentul contract fac parte integrantă din acesta.

8.3. Prezentul contract s-a încheiat în două exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

*Comodant,*  
Autoritatea de Sănătate Publică  
a Județului .....

*Director,*  
.....  
(semnătura)

*Comodatar,*  
Reprezentant legal

.....  
(numele și prenumele)  
.....  
(semnătura)

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

