



Propuneri si observatii cu privire la Proiectul de Ordin privind **Proiect de Ordin** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Anexa nr.1	Articol existent in proiectul de Norme	Articol modificat corespunzator celui existent sau articol nou*	Motivatie pentru modificarile sau completarile propuse
A.1.2.1.1.	Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează: a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului, - timpul mediu /consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;	Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează: a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului sau in cabinet, - timpul mediu /consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;	Exista situații cand parintii aduc nou-nascutii direct la cabinet
A.1.2.8. NOTA 1.	NOTA 1. Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții: a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%, medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.		Procedura /Accesul prin care medicul de familie poate inscrie pacientul in PNS 5.



B 1.1.2.1. NOTA:	Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisa scrisoarea medicală de către medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.	Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală <b>cronica</b> și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisa scrisoarea medicală, <b>semnata cu semnatura electronica</b> , de către medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.	Daca SM ne va fi transmisa prin email de catre medicul din ambulatoriu/spital, atunci sa existe obligatia folosirii semnaturii electronice de catre acesta, eventual chiar SM sa fie in format electronic si nu o poza dupa SM scrisa de mana (pot aparea erori la citirea ei-calitate slaba a foto, incadrare incompleta in a SM in foto,etc).
B 1.1.4.2 1.1.4.4. 1.2.3.2 1.2.7.2. NOTA 2 1.2.9.			Dorin sa avem posibilitatea de a putea recomanda pe biletele de trimitere catre laborator in contract cu CAS a RFGe si detreninarea raportului albumin/creatinina.
B 1.1.4.3.	Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:  a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.	Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:  a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat.	Din cauza limitarii protocoalelor nu putem initia prin rp compensat tratamentul pentru bolile respiratorii cronice.
1.2.2.	d) urmărirea lăuziei la externarea din	d) urmărirea lăuziei la externarea din	



	maternitate – la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultăție; e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere – la cabinet și la domiciliu; se decontează o consultăție.	maternitate – la cabinet sau la domiciliu; se decontează o consultăție; e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere – la cabinet sau la domiciliu; se decontează o consultăție.	
1.2.8	1.2.8. Pentru asigurații adulți care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârstă de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun), testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) și a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultății, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției. NOTA 1. Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții: a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%, medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat -		Posibilitatea de a recomanda TTGO și HBA1c decontat de CAS la orice persoana asigurată; Procedura /Accesul prin care medicul de familie poate inscrie pacientul în PNS 5.



	<p>Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi. Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este <math>&gt;/= 6,5\%</math>, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.</p>		
<b>Anexa 2</b>			
Art.1.(2)	<p>(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vîrstă și gen a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.</p> <p>a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vîrstă și gen a persoanelor înscrise asigurate se stabilește astfel: .....</p> <p>NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vîrstă în alta se realizează la împlinirea vîrstei - copil cu vîrstă de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 18 ani.</p>	<p>(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vîrstă și gen a persoanelor înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.</p> <p>a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vîrstă și gen a persoanelor înscrise se stabilește astfel: .....</p> <p>NOTA 1: Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vîrstă în alta se realizează la împlinirea vîrstei - copil cu vîrstă de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 18 ani.</p>	<p>Plata la persoane înscrise nu asigurate – avem pe lista și acordăm servicii medicale în contract cu CAS și pacientilor neasigurați.</p>



	<p>.....</p> <p>4. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează: .....</p>	<p>4. În situația în care numărul de persoane înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează: .....</p>	
Art.1.(2) e)	<p>e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.</p>	<p>e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele, 1.2.4, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.</p>	<p>Consultatiile tip urgența medico-chirurgicală, cele cronice indiferent daca sunt în cabinet sau la distanță sunt rezultatul unui consult medical și trebuie platite prin plata tip tarif pe serviciu medical.</p> <p>Consultatiile pentru planificare familială implică consiliere cat și consult medical și trebuie incadrate și ele la plata „per serviciu”.</p>
Art. 1.(2) d)	<p>...</p> <p>În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul</p>	<p>...</p> <p>În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale de medicina de familie, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în</p>	<p>Renunțarea la discriminarea dintre cabinetele de medicina de familie organizate ca CMI și cele organizate ca SRL.</p>



	pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.	calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.	
Art.1.(3) a) A. Pachet minimal 2.d1) si e1)	d1) la cabinet - 1 consultăcie la domiciliu - 5,5 puncte/consultăcie e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere e1) la cabinet; - 1 consultăcie la domiciliu - 5,5 puncte/consultăcie	d1) la cabinet - 1 consultăcie la cabinet - 5,5 puncte/consultăcie e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere e1) la cabinet; - 1 consultăcie la cabinet - 5,5 puncte/consultăcie	
Art.1.(3) a) A. PACHET DE BAZĂ	1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vîrstă 0 - 18 ani a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului - 1 consultăcie la domiciliu - 30 puncte/consultăcie, care durează 30 minute b) - la 1 lună - la domiciliul copilului - 1 consultăcie la domiciliu - 30 puncte/consultăcie, care durează 30 minute	1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vîrstă 0 - 18 ani a) - la externarea din maternitate – a1) la domiciliul copilului - 1 consultăcie la domiciliu - 30 puncte/consultăcie, care durează 30 minute a2) la cabinet – 10 puncte/consultatie, care dureaza 30 minute b) - la 1 lună b1) la domiciliul copilului - 1 consultăcie la domiciliu - 30 puncte/consultăcie, care durează 30 minute; b2) la cabinet – 10 puncte/consultatie, care dureaza 30 minute	
	2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei ... e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere e1) la cabinet; - 1 consultăcie la domiciliu - 5,5 puncte/consultăcie	2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei ... e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere e1) la cabinet; - 1 consultăcie la cabinet - 5,5 puncte/consultăcie	
Art.1 (3) a.2)	a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între	a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul	Renunțarea la discriminarea dintre cabinetele de medicina de familie



	medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.	înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale <a href="#">de medicina de familie</a> , în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.	organizate ca CMI și cele organizate ca SRL.
Art. 3 (4)	(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate	(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical <a href="#">de medicina de familie</a> are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical de medicina de familie, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate	Renuntarea la discriminarea dintre cabinetele de medicina de familie organizate ca CMI și cele organizate ca SRL.
Art. 5	ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează	ART. 5 Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical de medicina primară, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. <a href="#">(1) Medicii angajați în cabinete individuale nu</a>	Renuntarea la discriminarea dintre cabinetele de medicina de familie organizate ca CMI și cele organizate ca SRL.



## Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon: 0742169984, email: office@fnpmf.ro

<p>activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate. (2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate</p>	<p>au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate. (2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de</p>	
--	--	--



## Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon: 0742169984, email: office@fnpmf.ro

	<p>sănătate.</p> <p><b>(3) Medicii angajați în cabinețe de medicina primară organizate ca SRL:</b></p> <p>a) pot să aibă contract de munca similar celor angajați în cabinetele medicale individuale, <u>neavând listă proprie de persoane înscrise și neraportând activitate medicală proprie și respectând aceleasi reguli ca cei mentionati anterior, sau</u></p> <p>b) <u>pot avea lista proprie de pacienti inscrisi,</u> prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală facându-se conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată și prescripțiile medicale ale cabinetului medical. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p><b>(4) În cazul cabinetelor medicale organizate ca si SRL care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura tip contractura cu cel al medicului titular de cabinet sau concomitent cu acesta în spații diferite dar care au aceeași adresa postala. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical de medicina primară tip SRL, organizat conform prevederilor legale în vigoare</b></p>	
--	---	--



		raportează la casa de asigurări de sănătate distinct cu propria semnatura electronică extinsă.	
Art.6 (1) 5. Art. (2) 3. Art. 6 (3) 4.		a) 35 % pentru plata per capita; b) 65 % pentru plata pe serviciu medical	Dorim pastrarea raportului 50 % per capita – 50 % per serviciu medical
Art. 11 (3)	Medicii de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate care au îndeplinit indicatorii de performanță stabiliți pentru serviciile acordate în anul precedent, primesc o bonificație după cum urmează:  a) Pentru un număr de minim 1.000 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 14.000 lei;  b) Pentru un număr între 800 și 999 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogrameim, realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a	Medicii de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate care au îndeplinit indicatorii de performanță stabiliți pentru serviciile acordate în anul precedent, primesc o bonificație după cum urmează:  a) Pentru un număr de minim 200 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 14.000 lei;  b) Pentru un număr între 100 și 200 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogrameim, realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a	Pentru inceput ar fi mai benefic să fie puse tinte realiste, pentru a impulsiona medicii să incere să atingă pragurile propuse, tinându-se cont de faptul că și consultatiile de preventie intră în același număr limitat de consultări decontate de către CAS.



	<p>chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 9.600 lei;</p> <p>c) Pentru un număr între 600 și 799 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani, înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 6.000 lei.</p>	<p>chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 9.600 lei;</p> <p>c) Pentru un număr între 50 și 100 persoane pentru care se realizează completarea și transmiterea în SIUI a riscogramei realizată pentru persoanele cu vârstă de peste 40 de ani, înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea și transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidență medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 6.000 lei.</p>	
Art. 12 (1)	<p>Persoanele asigurate și neasigurate înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele asigurate și neasigurate care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/inscrierea</p>	<p>ART. 12 (1) Persoanele asigurate și neasigurate înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele asigurate și neasigurate care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz.</p>	



## Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon: 0742169984, email: office@fnpmf.ro

	prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de 49 înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.	Înscrierea/înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de 49 înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer. Pentru persoanele neasigurate înscrierea/ înscrierea prin transfer se face doar pe baza de cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin.	
Anexa 2 B		Renuntarea de a apărea în Norme detalierea serviciilor de preventie, acestea să fie înlocuite cu Ghiduri de Preventie (ex. ghidurile de pe site-ul INSP – Institutul Național de Sanatățe publică).	Aceiasă sugestie și pentru Monitorizari, care ar trebui detaliate tot în ghiduri naționale.

\*In cazul in care se va propune articol nou, se va mentiona localizarea acestuia in text