

Nr. 1837 din 16.02.2010

În atenția

FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Pentru pregătirea acțiunii de contractare pentru anul 2010 și având în vedere proiectul Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anul 2010 și proiectul de Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru, vă invităm să depuneți la sediul CASJ Gorj în perioada 18.02.2010 – 26.02.2010 următoarele documente:

1. Opisul completat de fiecare furnizor
2. Cerere tip de intrare în relație contractuală cu CASJ Gorj pe anul 2010 și declarație pe proprie răspundere că nu veți intra în relație contractuală și cu o altă casă de asigurări de sănătate; cererea va purta număr de înregistrare de la cabinetul medical (conform anexelor 4 și 5);
3. Dovada plății contribuției la Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
4. Copie xerox a actului de identitate al fiecărui medic care își desfășoară activitatea în cabinet;
5. Anexa 1 completată și vizată de ASP Gorj pentru fiecare medic;
6. Certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, actul de înființare sau organizare, după caz;
7. Autorizația sanitară de funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;
8. Cont deschis la Trezoreria statului sau la bancă;
9. Actul constitutiv al societății cu modificările ulterioare (pentru SRL)
10. Codul unic de înregistrare;
8. Dovada de evaluare a furnizorului;
9. Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Gorj pentru medicii care desfășoară activitate în cabinetul medical;
10. Dovada confirmării în grad profesional prin ordin al MSP;
11. Certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, filiala Gorj pentru asistenții medicali angajați ai cabinetului medical;
12. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
13. Convenție de reciprocitate încheiată cu un alt medic de familie, conform anexei 2.
14. Declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior; prin corectitudinea listei nu se înțelege validarea calității de asigurat de către medicul de familie (Anexa 7);
15. Anexa 3 – Criteriile de încadrare a cabinetului medical în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;
16. Declarație pe propria răspundere a reprezentantului legal al cabinetului medical privind actualizarea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat (Anexa 6);

NOTA : Nu sunt acceptate dosare incomplete.

Toate documentele copii xerox care stau la baza încheierii contractului se certifică pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal și ștampila rotundă a furnizorului.

Programul de activitate săptămânal al fiecărui medic de familie va asigura în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și 2 ore la domiciliul asiguraților; în cabinetele medicale și/sau în localitățile în care își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL

Ec. Elena Cojocaru

Director Executiv Direcția RF
Ec. Daniel Constantin Șurlea

Coordonator Comp. CDAPVR
Ec. Nicu Turtoi

Nr. contract MF _____

Reprezentant legal _____

Domiciliu: localitatea....., strada....., nr., bl.
....., sc., etaj....., ap., județ....., telefon.....

Nume și prenume medic: Dr. _____

Grad profesional medic Cod parafă _____
..... medic specialist
..... medic primar

CNP _____

Adresa cabinetului: Telefon:
Localitatea _____ cabinet _____
Strada _____ nr. _____ mobil _____
Bl. _____ sc. _____ ap. _____ acasă _____
Adresă e-mail _____

COD UNIC DE ÎNREGISTRARE _____

| Nr. de persoane înscrise în lista proprie pentru care se încheie contract | | Program săptămânal | | Nr. de asistenți medicali angajați |
|---|--|------------------------|--|------------------------------------|
| Asigurați | Persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale | La cabinet (număr ore) | La domiciliul asiguraților (număr ore) | |
| | | | | |
| Total: | | | | |

Program de activitate

| | Luni | Mărti | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică |
|----------------------------|------|-------|----------|-----|--------|---------|----------|
| La cabinet | | | | | | | |
| La domiciliul asiguraților | | | | | | | |
| La punctul de lucru | | | | | | | |

Personal angajat

| Nr. crt. | Nume și prenume | Cod numeric personal | Pregătire profesională (medic, asistent cu școala postliceală, asistent cu liceu sanitar, personal auxiliar) | Încadrare (normă întreagă sau fracțiune de normă) |
|----------|-----------------|----------------------|--|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

Ștampila cabinetului

Semnătura și parafa medicului

CONVENȚIE DE RECIPROCIȚATE

I. Părțile convenției de reciprocitate:

Dr.
reprezentant legal al cabinetului medical, cu
sediul în, str., nr.
....., bl., sc., ap., județul Gorj, telefon
....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală
primară nr. încheiat cu CASJ Gorj

și

Dr.
reprezentant legal al cabinetului medical, cu
sediul în, str., nr.
....., bl., sc., ap., județul Gorj, telefon
....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală
primară nr. încheiat cu CASJ Gorj.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a cabinetului medical în cazul absenței medicului
reprezentant legal, în condițiile stabilite de legislația în vigoare.

III. Perioada de valabilitate a convenției

Prezenta convenție este valabilă pe durata anului 2009.

Reprezentant legal

Reprezentant legal

Dr.

(semnătură, parafă, ștampila rotundă)

Dr.

(semnătură, parafă, ștampila rotundă)

Criteriile de încadrare a cabinetului medical
în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea

1. Condițiile de desfășurare a activității medicului în cabinetul medical:

- a) alimentarea cu apa potabilă:
- (i) din izvoare sau fantani aflate până la 100 m de cabinetul medical 2 puncte
 - (ii) din izvoare sau fantani aflate la peste 100 m de cabinetul medical 4 puncte
- b) încălzirea cu combustibil solid (lemn sau carbuni) 2 puncte
- c) distanța față de cea mai apropiată localitate urbană:
- (i) 20-40 km 2 puncte
 - (ii) peste 40 km 4 puncte
 - (iii) în cazul în care drumul de legătură cu localitatea urbană nu este asfaltat în proporție de peste 50% sau deplasarea se face pe apă în condițiile specifice din delta, se acordă suplimentar 2 puncte.

Total punctaj acordat:

Minimum 2 puncte Maximum 12 puncte

2. Condițiile în care se acordă asistența medicală primară:

- a) dispersia populației din zona în care se desfășoară activitatea:
- (i) densitatea populației 75-150 locuitori/km² 2 puncte
 - (ii) densitatea populației sub 75 locuitori/km² 4 puncte
- b) distanța dintre punctele extreme ale zonei deservite:
- (i) 3-6 km 2 puncte
 - (ii) peste 6 km 4 puncte
- c) deplasarea la domiciliul asiguraților:
- (i) dificilă (drumuri în pantă, drumuri de calitate proastă - peste 50% neasfaltate/nepietruite) 2 puncte
 - (ii) foarte dificilă (drumuri impracticabile în timpul ploios, drumuri blocate în timpul iernii, drumuri cu diferență de nivel mare, deplasarea pe apă în condițiile specifice din delta) 4 puncte

Total punctaj acordat:

Minimum 2 puncte Maximum 12 puncte

3. Posibilități de sprijin în furnizarea de servicii medicale

Distanța dintre localitatea unde se află cabinetul medical și localitatea cea mai apropiată unde se află o structură de primire a urgențelor, care respectă criteriile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății publice **nr. 1.706/2007** privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, sau centrul de permanentă:

- a) 10-20 km 2 puncte
- b) 21-40 km 4 puncte
- c) peste 40 km 6 puncte

În cazul în care drumurile de legătură sunt neasfaltate în proporție de peste 50% sau deplasarea se face pe apă în condițiile specifice în delta, se acordă suplimentar 1 punct.

Total punctaj acordat:

Minimum 2 puncte Maximum 7 puncte

4. Nivelul socioeconomic al populației deservite

Număr de asigurați înscrși în lista proprie pentru care contribuția de asigurări de sănătate se suportă de la bugetele locale în baza art. 213 alin. (2) lit. g) din Legea **nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare:

- a) de la 25 până la 100 de persoane 2 puncte
- b) 101-200 de persoane 4 puncte
- c) peste 200 de persoane 6 puncte

Total punctaj acordat:

Minimum 2 puncte Maximum 6 puncte

5. Număr redus de asigurați în localitățile din mediul rural pentru care s-a decis necesitatea existenței cabinetului medical de medicină primară și s-a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate:

- a) sub 500 de asigurați 20 puncte
- b) 501-800 de asigurați 10 puncte
- c) 801-1.000 de asigurați 5 puncte

Total punctaj acordat:

Minimum 5 puncte Maximum 20 puncte

Semnătura și parafa medicului

CABINET MEDICAL

.....

Nr. din

Domnule Președinte-Director General

Subsemnatul(a),, medic de familie, reprezentant legal al cabinetului medical cu adresa: localitatea....., str., nr., bl., sc., et., ap., județul Gorj, cu punct de lucru în localitatea, vă rog să aprobați intrarea în relație contractuală a cabinetului medical cu CASJ Gorj pentru anul 2010, pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

Anexez alăturat documentele necesare încheierii contractului, menționate în adresa CASJ Gorj, conform opisului.

Data

.....

Semnătura și ștampila rotundă

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical....., aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 474 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că voi încheia contract pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară numai cu C.A.S.J. Gorj.

DATA

SEMNATURA , PARAFĂ ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 474 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

- mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj pentru anul 2010.

- mă oblig să înaintez la C.A.S. Gorj documentele actualizate, înainte de data expirării.

- mă oblig să comunic în termen de 5 zile lucrătoare la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorului i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA , PARAFA ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 474 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că lista cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare de pachet minimal de servicii medicale a cabinetului medical, validată la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior este corectă.

DATA

SEMNATURA , PARAFĂ ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ