

## **OBLIGATIILE SI DREPTURILE MEDICULUI DE FAMILIE**

SUNT STABILITE PRIN CONTRACTUL CADRU DIN 2009, PE CARE MEDICUL IL SEMNEAZA CU CASA DE ASIGURARI MEDICALE

### ***SECTIUNEA a 6-a***

#### ***Asistenta medicala primara - Conditii specifice***

#### **1. Conditii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara**

##### **ART. 22.**

- (1) Asistenta medicala primara se asigura de catre medicii de familie prin cabinete medicale organizate conform prevederilor legale in vigoare, inclusiv cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, ca furnizori de servicii medicale in asistenta medicala primara, autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare.
- (2) La contractare, furnizorul prezinta lista cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, Inscrise la medicul de familie titular, in cazul cabinetelor medicale individuale, si listele cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, Inscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal Incheie contract de furnizare de servicii medicale, in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hartie si in format electronic in cazul contractelor Incheiate de furnizori pentru medicii nouveniti si numai in format electronic pentru medicii care au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent. Furnizorii care prezinta la contractare lista/ listele numai in format electronic vor depune si o declaratie pe propria raspundere privind corectitudinea listei/listelor la momentul incetarii termenului de valabilitate a contractului anterior. Prin corectitudinea listei nu se Ințelege validarea calitatii de asigurat de catre medicul de familie.
- (3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, atat pentru mediul urban cat si pentru mediul rural, cat si numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural pentru care se Incheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara Intre furnizori si casele de asigurari de sanatate se stabilesc pe localitati, de catre o comisie paritara, formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate si ai autoritatilor de sanatate publica, Impreuna cu reprezentantii colegiilor teritoriale ale medicilor, cu exceptia cabinetelor medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie.
- (4) In localitatile urbane numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale

pachetului minimal de servicii medicale Inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se Incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1000.

- (5) Medicilor de familie al caror numar de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, Inscrise pe listele proprii, scade, timp de 6 luni consecutive, sub numarul minim pentru care se poate Incheia contractul de furnizare de servicii medicale, in situatia cabinetelor medicale individuale, li se poate rezilia contractul in conditiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi pot fi exclusi din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizarii fiecarei situatii de scadere a numarului minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de catre comisia constituita conform alin. (3). Asiguratii de pe listele acestora pot opta pentru alti medici de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.
- (6) Numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie care Isi desfasoara activitatea in cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie se stabileste prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale.

#### **ART. 23.**

- (1) Medicul de familie, prin reprezentantul sau legal, indiferent de forma de organizare a furnizorului, Incheie contract cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala Isi are sediul cabinetul medical sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, dupa caz.
- (2) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara au Incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor Inscrisi, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.
- (3) Pentru realizarea serviciilor aditionale care necesita dotari speciale medicii de familie pot Incheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizati conform prevederilor legale in vigoare, in conditiile prevazute in norme.

#### **ART. 24.**

Furnizorii acorda asistenta medicala potrivit pachetului de servicii medicale de baza, asigura asistenta medicala pentru situatii de urgenta in limita competentei oricarei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigura asistenta medicala persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat si a platii contributiei la Fond, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum si categoriilor de persoane care se asigura facultativ pentru sanatate, potrivit legii.

## **ART. 25.**

- (1) Asiguratii in varsta de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinte majore in ceea ce priveste morbiditatea si mortalitatea.
- (2) Pentru asiguratii care nu sunt in evidenta medicului de familie cu o boala cronica, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresa a asiguratului sau atunci cand acesta se prezinta la medicul de familie pentru o afectiune acuta.

Controlul medical se poate efectua si la solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va Incadra asiguratul Intr-o grupa de risc si va consemna acest lucru in fisa medicala.

## **ART. 26.**

Cabinetele medicale vor functiona cu minimum un asistent medical, indiferent de numarul de asigurati Inscrisi pe lista.

## **2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara**

### **ART. 27.**

Furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara acorda servicii medicale in cadrul programului de lucru stabilit de catre acestia, cu respectarea prevederilor legale in vigoare.

### **ART. 28.**

- (1) Programul de activitate saptamanal al cabinetului medical individual, precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale care isi desfasoara activitatea in alte forme de organizare ale cabinetelor medicale, organizat in functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure in medie pe
- (2) zi minimum cinci ore la cabinetul medical si doua ore la domiciliul asiguratilor, conform graficului de vizite la domiciliu. In cabinetele medicale si/sau localitatile unde Isi desfasoara activitatea cel putin doi medici de familie, acordarea asistentei medicale se va asigura atat dimineata, cat si dupa-amiaza.
- (3) Medicul de familie are obligatia sa afiseze la cabinetul medical numarul de telefon si adresa centrului de permanenta care asigura rezolvarea situatiilor de urgenta in afara programului de lucru, precum si programul fiecaruia dintre medicii asociati, iar in situatia in care nu este organizat centru de permanenta, pentru urgente medicale se afiseaza numarul de telefon la care poate fi apelata substatia serviciului judetean de ambulanta (112), respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanta organizat de ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie.

## **ART. 29.**

Pentru perioadele de absenta a medicilor de familie se organizeaza preluarea activitatii medicale de catre un alt medic de familie.

Conditiiile de inlocuire se stabilesc prin norme.

## **3. Medicii de familie nou-veniti Intr-o localitate**

### **ART. 30.**

Medicul de familie nou-venit Intr-o localitate beneficiaza lunar, in baza unei conventii de furnizare de servicii medicale, similara contractului de furnizare de servicii medicale, Incheiata Intre reprezentantul legal al cabinetului medical si casa de asigurari de sanatate, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada considerate necesara pentru Intocmirea listelor cu asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale Inscrise, de un venit care este format din:

- a) o suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut, la care se aplica ajustarile prevazute in norme;
- b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, egala cu venitul medicului respectiv stabilita potrivit lit. a) Inmultit cu 1,5. Daca la sfarsitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a Inscris numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) si (4), casa de asigurari de sanatate Incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care si-a constituit-o pana la data Incheierii contractului, cu obligatia din partea medicului de familie nou-venit ca in termen de maximum 3 luni de la data incheierii contractului sa Inscrie numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) si (4). In caz contrar, contractul Incheiat Intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate va Inceta la expirarea celor 3 luni.

### **ART. 31.**

Furnizorul care preia un praxis de medicina de familie existent, in conditiile legii, preia drepturile si obligatiile contractuale in aceleasi conditii ca si detinatorul anterior de praxis, la data preluarii acestuia.

#### 4. Obligatiile furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara si ale caselor de asigurari de sanatate

##### ART. 32.

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, pe langa obligatiile generale prevazute la art. 14, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara au urmatoarele obligatii:

- a) sa asigure in cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de baza toate activitatile necesare, in limita domeniului de competenta a asistentei medicale primare. De asemenea, au obligatia de a interpreta investigatiile necesare in stabilirea diagnosticului;
- b) sa actualizeze lista proprie cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale Inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara a asiguratilor si a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, si sa comunice aceste modificari caselor de asigurari de sanatate - aceasta actualizare nu se refera la calitatea de asigurat; sa actualizeze lista proprie in functie de comunicariile transmise de casele de asigurari de sanatate; sa comunice caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale;
- c) sa Inscribe din oficiu copiii care nu au fost Inscrisi pe lista unui medic de familie odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi Inscris pe lista medicului de familie care a In grijit gravida, daca parintii nu au alta optiune, exprimata in scris, imediat dupa nasterea copilului;
- d) sa Inscribe pe lista proprie gravidele si lehuzele neInscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora ori la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara;
- e) sa nu refuze Inscrierea pe lista de asigurati a copiilor, la solicitarea parintilor, a apartinatorilor legali sau la anuntarea de catre casa de asigurari de sanatate cu care au Incheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de catre primarie, precum si la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara sau a directiilor de protectie a copilului, pentru copiii aflati in dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;
- f) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data Inscrierii pe lista acestuia; in situatia in care nu se respecta aceasta obligatie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurari de sanatate cu care furnizorul a incheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreste sa plece, prin eliminarea asiguratului de pe lista;
- g) sa solicite asiguratilor, la Inscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atesta calitatea de asigurat, conform prevederilor legale in vigoare;

- h) sa prescrie medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si, dupa caz, unele materiale sanitare, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicul de familie va refuza transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, precum si de investigatii paraclinice care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributii personale si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate precum si situatiile in care medicul de familie a prescris medicamente cu si fara contributii personale la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala; medicul de familie refuza transcrierea oricaror acte medicale cum ar fi concedii medicale, bilete de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, bilete de trimitere pentru consultatii de specialitate sau internare;
- i) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.
- j) sa Intocmeasca bilet de trimitere catre societati de turism balnear si de recuperare, atunci cand este cazul, si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze.

### **ART. 33.**

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara, pe langa obligatiile generale prevazute la art. 16, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa valideze sub semnatura, la Inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate depusa in format electronic de medicii de familie, respectiv lista persoanelor asigurate depusa pe suport hartie si in format electronic de medicii de familie nou-veniti, iar lunar, in vederea actualizarii listelor proprii, sa comunice in scris si sub semnatura lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat si persoanele nou-asigurate intrate pe lista;
- b) sa faca publice valorile definitive ale punctelor, rezultate in urma regularizarii trimestriale, prin afisare atat la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, Incepand cu ziua urmatoare transmiterii acestora de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dar nu mai tarziu de data de 26 a lunii

urmatoare Incheierii trimestrului;

- c) sa tina evidenta distincta a asiguratilor de pe listele medicilor de familie cu care au Incheiate contracte de furnizare de servicii medicale, in functie de casele de asigurari de sanatate la care acestia se afla in evidenta. Pentru asiguratii care se afla in evidenta Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si a Casei Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor si care sunt inscrisi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, confirmarea calitatii de asigurat se face de Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si de Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, pe baza de tabel centralizator transmis lunar atat pe suport hartie, cat si in format electronic. Pentru asiguratii care se afla in evidenta caselor de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti si care sunt Inscrise pe listele medicilor de familie aflatii in relatie contractual^ cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, confirmarea calitatii de asigurat se face de catre casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, pe baza de tabel centralizator transmis lunar atat pe suport hartie, cat si in format electronic;
- d) sa informeze asiguratii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun.

## **5. Decontarea serviciilor medicale din asistenta medicala primara**

### **ART. 34.**

Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara sunt:

- a) tarif pe persoana asigurata - per capita;
- b) tarif pe serviciu medical pentru asigurati, precum si pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale si ale pachetului facultativ de servicii medicale.

### **ART. 35.**

Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala primara se face prin:

- a) plata prin tarif pe persoana asigurata; suma convenita se stabileste in raport cu numarul de puncte calculat in functie de numarul asiguratilor Inscrise pe lista proprie - conform structurii pe grupe de varsta, ajustat in conditiile prevazute prin norme, numarul de puncte aferent fiecarei grupe de varsta -, ajustat in functie de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea si cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Numarul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurarii de catre furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgenta si activitati de suport. Serviciile medicale care se asigura prin plata per capita si conditiile in care acestea se acorda se stabilesc prin norme. Numarul de puncte acordat pe durata unui an in functie de numarul de asigurati Inscrise pe

lista proprie se ajusteaza gradual, cu exceptia zonelor defavorizate, in conditiile prevazute in norme. Valoarea definitiva a punctului este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationals de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare Incheierii fiecarui trimestru; aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale Incheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit in functie de numarul de servicii medicale si de valoarea unui punct. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct si nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme. Valoarea definitiva a unui punct este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationals de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare Incheierii fiecarui trimestru. Aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale Incheiat.

#### **ART. 36.**

Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la Incheierea fiecarei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor Incheiate Intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, la valoarea minima garantata pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestriala la valoarea definitiva, pana la data de 30 a lunii urmatoare Incheierii trimestrului.

Furnizorii vor depune lunar, in primele 7 zile lucratoare ale fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face plata, documentele necesare decontarii serviciilor, potrivit normelor.

#### **ART. 37.**

Raportarea eronata a unor servicii medicale se regularizeaza conform normelor, la regularizare avandu-se in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate.

### **6. Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si Incetare a contractelor**

#### **ART. 38.**

- (1) In cazul in care se constata nerespectarea nejustificata a programului de lucru prevazut in contract, precum si prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu si fara contribute personala din partea asiguratului si a unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contribute personala a asiguratului si pentru unele materiale sanitare, precum si de investigatii paraclinice care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 32 lit. h), se va diminua valoarea minima garantata a punctului per capita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii



pentru medicii de familie la care se Inregistreaza aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

(2) in cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 14 lit. b), g), s) si art. 32 lit. a), g) si a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare de remediere a situatiilor prevazute la art. 14 lit. e), f), h) , k) , o), p), q), u) si art. 32 lit. b), c), d) si e), se va diminua valoarea minima garantata a punctului per capita pentru luna in care s-au Inregistrat aceste situatii pentru medicii de familie la care se Inregistreaza aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;

c) la a treia constatare, cu 20%. (3) Retinerea sumei conform prevederilor alin. (1) si (2) se aplica pentru luna in care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractual<sup>^</sup> cu casele de asigurari de sanatate. Sumele obtinute ca disponibil in conditiile alin. (1) si (2) la nivelul caselor de asigurari de sanatate se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale primare.

(4) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) si (2), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

#### **ART. 39.**

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii situatiilor prevazute la art. 18, precum si in urmatoarele situatii:

- a) in cazul in care numarul asiguratilor si al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal Inscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub numarul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) si (4);
- b) odata cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurilor prevazute la art. 38 alin. (1) si (2) pentru fiecare situatie;
- c) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 32 lit. f) si i).

#### **ART. 40.**

Contractul de furnizare de servicii medicale Inceteaza la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 19, precum si in urmatoarele situatii:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

**ART. 41.**

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 20, precum si de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania sau este suspendat din exercitiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzator numai medicului, aflat in contract, care se afla in aceasta situatie.