

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 1.070 din 28 iunie 2021

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 628 din 28 iunie 2021

ORDIN

privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022

Având în vedere Referatul de aprobare nr. IM 4.663/2021 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.946 din 28 iunie 2021 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.069/629/2021 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022,

în temeiul prevederilor:

— art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

Art. 1. — Se aprobă criteriile ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, prevăzute în anexele nr. 1—3, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Direcțiile de specialitate și celelalte structuri de specialitate din cadrul direcțiilor de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. — Prevederile prezentului ordin sunt aplicabile pe perioada de valabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021.

Art. 4. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu data de 1 iulie 2021.

Ministrul sănătății,
Ioana Mihăilă

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adrian Gheorghe

ANEXA Nr. 1

CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 2 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022
— pentru asistența medicală primară —

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 2 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022.

Art. 2. — La stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii pentru mediul urban se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, distribuția acesteia în mediul urban, precum și populația pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

b) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului/municipiului București, distribuția acestora în mediul urban, precum și numărul de

persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană;

c) numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate, este de 1.800;

d) numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în mediul urban, este de 800, cu excepția zonelor urbane neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie.

Art. 3. — La stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii pentru mediul rural se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populației la nivelul județului, distribuția acesteia în mediul rural, precum și populația pe unitate administrativ-teritorială, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

b) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului, distribuția acestora în mediul rural, precum și numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie pe unitate administrativ-teritorială;

c) numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate, este de 1.800;

d) numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, stabilit în funcție de criteriile prevăzute la art. 4.

Art. 4. — La stabilirea numărului minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pe unități administrativ-teritoriale, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară cu casele de asigurări de sănătate, se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populației la nivelul județului, distribuția acesteia în mediul rural, precum și populația pe unitate administrativ-teritorială, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

b) numărul persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului, distribuția acestora în mediul rural pe unități administrativ-teritoriale;

c) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului, distribuția acestora în mediul rural pe unități administrativ-teritoriale;

d) unitățile administrativ-teritoriale în care populația este sub 800 de locuitori, din care: unități administrativ-teritoriale izolate sau greu accesibile;

e) numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista unui medic de familie în anul anterior în unitatea administrativ-teritorială respectivă, coroborat cu numărul necesar de medici de familie stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială respectivă.

Art. 5. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportate la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești adaptează criteriile prevăzute la art. 2—4 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

Art. 6. — Necesarul de medici familie cu liste proprii la nivel județean/la nivelul municipiului București cuprinde și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

ANEXA Nr. 2

CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (4) și (5) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022 — pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare —

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (4) și (5) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022.

Art. 2. — La stabilirea numărului de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pe județ/municipiul București, se au în vedere următoarele criterii:

a) prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână;

b) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, în anul curent;

c) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, distribuția acesteia în mediul urban și rural, precum și pe unități administrativ-teritoriale/zone, structura pe grupe de vârstă,

utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

d) numărul de asigurați la nivelul județului/municipiului București;

e) numărul beneficiarilor de programe naționale de sănătate, distribuția acestora pe unități administrativ-teritoriale/zone, precum și evoluția acestui număr în ultimii 2 ani;

f) ponderea serviciilor medicale pe fiecare specialitate clinică în parte și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare în totalul serviciilor medicale ambulatorii de specialitate raportate de furnizori și decontate de casa de asigurări de sănătate, evoluția numărului de servicii și a ponderilor respective în ultimii 2 ani;

g) existența listelor de prioritate pentru serviciile programabile și analiza timpului de așteptare pe aceste liste;

h) la analiza datelor aferente ultimilor 2 ani se vor avea în vedere și fondurile alocate cu destinația de servicii medicale ambulatorii de specialitate în anii respectivi;

i) numărul mediu de consultații ce se poate acorda corespunzător unei norme, pe fiecare specialitate clinică în parte și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;

j) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale acordate de medicii din specialitățile clinice din ambulatoriu și de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 3. — La stabilirea numărului necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pe județ/municipiul București, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, pentru care se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, distribuția acesteia în mediul urban și rural, precum și pe unități administrativ-teritoriale/zone, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

b) numărul de asigurați la nivelul județului/municipiului București;

c) numărul de norme necesar pentru fiecare specialitate clinică în parte și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, stabilit la nivelul județului/municipiului București;

d) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează contractarea și decontarea serviciilor medicale acordate de medicii din specialitățile clinice din ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv cele referitoare la numărul

de contracte ce pot fi încheiate de medicii din specialitățile clinice și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare cu casele de asigurări de sănătate;

e) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, în anul curent;

f) asigurarea, pe cât posibil, a unei distribuții echilibrate a medicilor de specialitate în teritoriu, în raport cu dispersia populației.

Art. 4. — La stabilirea localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se vor avea în vedere localitățile/zonelor în care, în ultimii 2 ani, numărul medicilor de o anumită specialitate clinică și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare a fost sub cel necesar sau dacă în localitatea/zona respectivă nu a funcționat un medic de o anumită specialitate clinică și de specialitate medicină fizică și de reabilitare, în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 5. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportate la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești adaptează criteriile prevăzute la art. 2—4 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

ANEXA Nr. 3

CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 87 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022
— pentru asistența medicală spitalicească —

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 87 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022:

Art. 2. — La stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate în cadrul unităților sanitare cu paturi, în vederea analizării situațiilor în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul a două/trei unități sanitare distincte aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu respectarea legislației muncii, se au în vedere următoarele criterii:

a) structura organizatorică a unității sanitare cu paturi, aprobată/avizată de Ministerul Sănătății;

b) numărul de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor, aprobată/avizată de Ministerul Sănătății;

c) numărul de cazuri externate — spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului,

potrivit structurii organizatorice a spitalului, aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

d) numărul de personal medical de specialitate (medici) existent conform structurii spitalelor, pe secții și compartimente, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

e) normativele de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

f) la analizarea situațiilor în care un medic solicită să furnizeze servicii medicale spitalicești în cadrul a două/trei unități sanitare distincte se va avea în vedere și distanța dintre unitățile sanitare în care medicul solicită să desfășoare activitate, coroborată cu programul de activitate.

Art. 3. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii, raportat la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești adaptează criteriile prevăzute la art. 2 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.