ORDIN Nr. 1070/628/2021 din 28 iunie 2021

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

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂŢII - Nr. 1.070
CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - Nr. 628
PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 639 din 29 iunie 2021

Având în vedere Referatul de aprobare nr. IM 4.663/2021 al Ministerului Sănătăţii şi nr. DG 1.946 din 28 iunie 2021 al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.069/629/2021 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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 sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul sănătăţii şi preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă criteriile ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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

Direcţiile de specialitate şi celelalte structuri de specialitate din cadrul direcţiilor de sănătate publică şi 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, şi se aplică începând cu data

de 1 iulie 2021.

Ministrul sănătăţii,
Ioana Mihăilă

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Adrian Gheorghe

ANEXA 1

CRITERII
ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 2 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022
- pentru asistenţa medicală primară -

ART. 1
Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 2 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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 populaţiei la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti, distribuţia acesteia în mediul urban, precum şi populaţia pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

b) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti, distribuţia acestora în mediul urban, precum şi 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 excepţia 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 populaţiei la nivelul judeţului, distribuţia acesteia în mediul rural, precum şi populaţia pe unitate administrativ-teritorială, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

b) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul judeţului, distribuţia acestora în mediul rural, precum şi 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 funcţie 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 unităţi administrativ-teritoriale, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară cu casele de asigurări de sănătate, se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populaţiei la nivelul judeţului, distribuţia acesteia în mediul rural, precum şi populaţia pe unitate administrativ-teritorială, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

b) numărul persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul judeţului, distribuţia acestora în mediul rural pe unităţi administrativ-teritoriale;

c) numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul judeţului, distribuţia acestora în mediul rural pe unităţi administrativ-teritoriale;

d) unităţile administrativ-teritoriale în care populaţia este sub 800 de locuitori, din care: unităţi 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 şi alte criterii raportate la condiţiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti adaptează criteriile prevăzute la art. 2 - 4 în funcţie de specificul activităţii din reţeaua sanitară a ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.

ART. 6

Necesarul de medici familie cu liste proprii la nivel judeţean/la nivelul municipiului Bucureşti cuprinde şi numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

ANEXA 2

CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (4) şi (5) şi art. 40 alin. (2) şi (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022

- pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare -

ART. 1

Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (4) şi (5) şi art. 40 alin. (2) şi (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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 şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, pe judeţ/municipiul Bucureşti, se au în vedere următoarele criterii:

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

b) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, în anul curent;

c) totalul populaţiei la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti, distribuţia acesteia în mediul urban şi rural, precum şi pe unităţi administrativ-teritoriale/zone, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

d) numărul de asiguraţi la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti;

e) numărul beneficiarilor de programe naţionale de sănătate, distribuţia acestora pe unităţi administrativ-teritoriale/zone, precum şi evoluţia acestui număr în ultimii 2 ani;

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

g) existenţa listelor de prioritate pentru serviciile programabile şi analiza timpului de aşteptare pe aceste liste;

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

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

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

ART. 3

La stabilirea numărului necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, pe judeţ/municipiul Bucureşti, atât pentru mediul urban, cât şi pentru mediul rural, pentru care se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populaţiei la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti, distribuţia acesteia în mediul urban şi rural, precum şi pe unităţi administrativ-teritoriale/zone, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

b) numărul de asiguraţi la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti;

c) numărul de norme necesar pentru fiecare specialitate clinică în parte şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, stabilit la nivelul judeţului/municipiului Bucureşti;

d) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează contractarea şi decontarea serviciilor medicale acordate de medicii din specialităţile clinice din ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv cele referitoare la numărul de contracte ce pot fi încheiate de medicii din specialităţile clinice şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare cu casele de asigurări de sănătate;

e) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, în anul curent;

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

ART. 4

La stabilirea localităţilor/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de specialitate pentru specialităţi clinice şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare se vor avea în vedere localităţile/zonele în care, în ultimii 2 ani, numărul medicilor de o anumită specialitate clinică şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare a fost sub cel necesar sau dacă în localitatea/zona respectivă nu a funcţionat un medic de o anume specialitate clinică şi de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 5

(1) Comisia poate avea în vedere şi alte criterii raportate la condiţiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti adaptează criteriile prevăzute la art. 2 - 4 în funcţie de specificul activităţii din reţeaua sanitară a ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.

ANEXA 3

CRITERII

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

- pentru asistenţa medicală spitalicească -

ART. 1

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

ART. 2

La stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate în cadrul unităţilor sanitare cu paturi, în vederea analizării situaţiilor în care un medic poate acorda servicii medicale spitaliceşti în cadrul a două/trei unităţi sanitare distincte aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu respectarea legislaţiei muncii, se au în vedere

următoarele criterii:

a) structura organizatorică a unităţii sanitare cu paturi, aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii;

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

c) numărul de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului, aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, şi normativelor în vigoare, pe secţii şi compartimente;

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

e) normativele de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;

f) la analizarea situaţiilor în care un medic solicită să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în cadrul a două/trei unităţi sanitare distincte se va avea în vedere şi distanţa dintre unităţile sanitare în care medicul solicită să desfăşoare activitate, coroborată cu programul de activitate.

ART. 3

(1) Comisia poate avea în vedere şi alte criterii, raportat la condiţiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisia constituită la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti adaptează criteriile prevăzute la art. 2 în funcţie de specificul activităţii din reţeaua sanitară a ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.