

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. / 2011

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
CSEKE ATTILA

**CASA NAȚIONALĂ DE
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Nr. / 2011

APROBAT
PREȘEDINTE
NICOLAE LUCIAN DUȚĂ

REFERAT DE APROBARE

pentru aprobarea ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

Având în vedere prevederile Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, pentru punerea în aplicare a reglementărilor art.23 alin. (3), art. 44 alin. (4) și (5) și ale art. 62 alin. (3) din actul normativ menționat anterior, a fost elaborat proiectul de Ordin anexat pe care îl supunem aprobării, însoțit de prezentul referat.

SECRETAR GENERAL

GHEORGHE SÂRB

DIRECTOR GENERAL

DORIN IONESCU

Nr...../.....

Nr...../.....

ORDIN

privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. din al Ministerului Sănătății și nr. din al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012,
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr..... privind aprobarea regulamentelor – cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, 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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, prevăzute în anexele nr. 1-5, ce 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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010.

Art. 4. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și intră în vigoare la data de 1 aprilie 2011.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae Lucian Duta

CRITERIILE

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

- pentru asistența medicală primară-

Art. 1. – Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

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

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

b) – nr. persoane înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului / municipiului București, distribuția acestora în mediul urban;

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

d) - numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, cu excepția zonelor neacoperite din punct 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) - total populație la nivelul județului, distribuția acesteia în mediul rural, precum și populația pe unitate administrativ - teritorială / zonă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul National de Statistică;

b) – nr. persoane înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului / municipiului București, distribuția acestora în mediul rural;

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

d) - numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, stabilit în funcție de îndeplinirea următoarelor criterii:

1. - populația sub 1.000 de locuitori în unitatea administrativ-teritorială / zona respectivă

2. - unitatea administrativ-teritorială / zona respectivă este izolată sau greu accesibilă, pentru care se consideră necesară existența unui cabinet de medicină de familie.

Art. 4. – La stabilirea numărului minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pe unități administrativ-teritoriale /zonă, 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) - total populație la nivelul județului, distribuția acesteia în mediul rural, precum și populația pe unitate administrativ - teritorială, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul National de Statistică;

b) - nr. persoane înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului / municipiului București, distribuția acestora în mediul rural pe unități administrativ-teritoriale /zonă;

c) - unități administrativ - teritoriale în care populația este sub sub 1.000 de locuitori ;

d) - unități administrativ-teritoriale izolate sau greu accesibile;

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

Art. 5. - La stabilirea zonelor din mediul urban neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, pentru care se pot încheia contracte cu medicii de familie cu liste sub 1.000 de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, se are în vedere dacă în ultimii 2 ani numărul medicilor de familie a fost sub cel necesar sau se face dovada că în zona respectivă nu a funcționat un medic de familie în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 6. - La analiza situațiilor în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale din listele medicilor de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă, situații ce pot conduce la încetarea contractului de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru cabinetele medicale individuale, respectiv la excluderea din contract a medicilor de familie la care se înregistrează astfel de situații, pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, se au în vedere următoarele criterii:

a) populație migrantă sezonier;

b) mutarea temporară a unei părți a populației din unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă din cauze de forță majoră, dovedită printr-un act emis de autoritatea publică locală

c) program de lucru al medicului de familie neadaptat cerințelor persoanelor înscrise;

d) reclamații ale persoanelor înscrise la adresa medicului privind activitatea profesională; sancțiuni aplicate de către organele de control abilitate în acest sens, în ultimii 2 ani, pentru nereguli constatate aferente activității profesionale desfășurate în cadrul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

e) alte situații obiective.

Art. 7. - La analiza situațiilor de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea, în baza criteriilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate din mediul rural, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, se au în vedere următoarele criterii:

- încadrarea cabinetelor s-a făcut în baza criteriilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate din mediul rural, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

- implicarea autorităților locale pentru certificarea corectitudinii unora dintre datele luate în calcul la încadrarea cabinetelor în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea;

Art. 8. - La analiza situațiilor de încadrare a unităților administrativ-teritoriale/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie, se au în vedere următoarele criterii:

a) - necesarul de medici de familie stabilit pentru unitatea administrativ-teritoriale/zona respectivă în ultimii 2 ani

b) - în ultimii 2 ani numărul medicilor de familie a fost sub cel necesar sau în unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă nu a funcționat un medic de familie în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

Art. 9. – La analiza cazurilor de preluare a unui praxis, în ceea ce privește respectarea obligației de către medicii de familie de a anunța asigurații despre dreptul acestora de a opta pentru a rămâne sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate:

a) medicul de familie care a preluat praxisul poate face dovada anunțării asiguraților de pe lista preluată despre dreptul acestora de a opta pentru a rămâne sau nu pe lista sa;

b) desfășurătoarele lunare privind mișcarea lunară a persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie.

Art. 10. – Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportat la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

CRITERIILE

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, - pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice-

Art. 1. – Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Art. 2. – La stabilirea numărului de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, pe județ, se au în vedere următoarele criterii:

- a) prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore/zi și, respectiv de 35 de ore/săptămână;
- b) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, 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) nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București;
- e) numărul de bolnavi cronici aflați în evidență, în supraveghere medicală activă, beneficiari 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 în totalul serviciilor medicale ambulatorii de specialitate raportate și decontate de casa de asigurări de sănătate, evoluția numărului de servicii și a ponderilor respective în ultimii 2 ani;
- g) existența listelor de programare 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 destinație 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;
- j) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale acordate de medicii din specialitățile clinice din ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

Art. 3. – La stabilirea numărului necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică, pe județ, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice 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; nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București;
- b) nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București;
 - c) nr. de norme necesar pentru fiecare specialitate clinică în parte, 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 nr. de contracte ce pot fi încheiate de medicii din specialitățile clinice cu casele de asigurări de sănătate;
 - e) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, 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 analiza situațiilor de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea, în baza criteriilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate, din mediul rural, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, se au în vedere următoarele criterii:

a) - încadrarea cabinetelor s-a făcut în baza criteriilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate din mediul rural, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) - implicarea autorităților locale pentru certificarea corectitudinii unora dintre datele luate în calcul la încadrarea cabinetelor în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea.

Art. 5. – La analiza situațiilor de încadrare a localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice, se au în vedere următoarele criterii:

a) - necesarul de medici de specialitate pentru specialități clinice stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă în ultimii 2 ani

b) - în ultimii 2 ani numărul medicilor de o anumită specialitate clinică a fost sub cel necesar sau în localitatea/zona respectivă nu a funcționat un medic de o anumită specialitate clinică în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 6. – Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportat la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

CRITERIILE

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

- pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru medicina dentară -

Art. 1. – Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Art. 2. – La stabilirea numărului de norme necesar pentru specialitatea de medicină dentară, pe județ, se au în vedere următoarele criterii:

- a) prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore/zi, respectiv 35 de ore/săptămână;
- b) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- c) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 1.000 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.
- d) majorările care se pot acorda în funcție de gradul profesional și pentru desfășurarea activității în mediul rural;
- e) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează modalitatea de contractare și decontare a serviciilor de medicină dentară în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- f) nr. de norme din anul precedent și procentele aferente mediului urban și mediului rural, raportat la suma alocată casei de asigurări de sănătate în anul precedent;
- g) total populație la nivelul județului / municipiului București, distribuția acestuia în mediul urban și rural, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;
- h) nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București.
- i) evoluția nr. de norme din specialitatea medicină dentară în ultimii 2 ani, raportat la sumele alocate cu această destinație casei de asigurări de sănătate

Art. 3. – La stabilirea numărului necesar de medici dentiști, pe județ, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere următoarele criterii:

- a) nr. de norme necesar pentru specialitatea de medicină dentară, stabilit la nivelul județului/ municipiului București
- b) total populație la nivelul județului / municipiului București, distribuția acestuia în mediul urban și rural, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;
- c) nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București
- d) nr. medici dentiști aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent (din mediul urban și mediul rural), gradul profesional al acestora, precum și programul de lucru, raportat la suma alocată casei de asigurări de sănătate în anul precedent,

- e) numărul cererilor de evaluare depuse de furnizori noi de medicină dentară, înregistrate la nivelul caselor de asigurări de sănătate
- f) numărul cererilor de a intra în relație contractuală depuse de furnizori noi de medicină dentară, înregistrate la nivelul caselor de asigurări de sănătate
- g) prevederile actelor normative în vigoare ce reglementează contractarea și decontarea serviciilor de medicină dentară în sistemul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv cele referitoare la nr. de contracte ce pot fi încheiate de medicii de medicină dentară cu casele de asigurări de sănătate;

Art. 4. – La analiza situațiilor de încadrare a localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de medicină dentară, se au în vedere următoarele criterii:

- a) în localitatea/zona respectivă nu își desfășoară activitatea nici un furnizor de servicii de medicină dentară cu sau fără contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate
- b) în ultimii 2 ani numărul medicilor de medicină dentară a fost sub cel necesar sau în localitatea/zona respectivă nu a funcționat un medic de medicină dentară în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- c) evoluția nr. de norme din specialitatea medicină dentară în ultimii 2 ani – în mediul urban și rural, pe zone/localități
- d) numărul cererilor de evaluare depuse de furnizori noi de medicină dentară, înregistrate la nivelul caselor de asigurări de sănătate și localitatea/zona unde funcționează furnizorii respectivi;
- e) numărul cererilor de a intra în relație contractuală depuse de furnizori noi de medicină dentară, înregistrate la nivelul caselor de asigurări de sănătate și localitatea / zona unde funcționează furnizorii respectivi;

Art. 5. – Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportat la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

CRITERIILE

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

- pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice -

Art. 1. – Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Art. 2. – La stabilirea numărului necesar de investigații paraclinice pe total județ, respectiv a numărului necesar de analize medicale de laborator (inclusiv anatomie patologică) și a numărului necesar de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală (inclusiv explorări funcționale) se au în vedere următoarele criterii:

a) - total populație la nivelul județului / municipiului București, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

b) - nr. de asigurați la nivelul județului / municipiului București

c) - nr. total de servicii medicale paraclinice (analize de laborator și investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală) contractate și decontate în ultimii 2 ani (analiza se va face pe fiecare dintre ultimii 2 ani), precum și:

1. - nr. de analize medicale de laborator contractate și decontate în ultimii 2 ani (cu evidențierea nr. de servicii medicale de anatomie patologică: histopatologice și de citologie, inclusiv examenul Babeș Papanicolau), raportat la nr. total de servicii medicale paraclinice contractate și decontate în ultimii 2 ani;

2. - nr. de analize medicale de laborator contractate și decontate în ultimii 2 ani – pe fiecare tip de analiză, raportat la nr. total de analize medicale de laborator contractate și decontate în ultimii 2 ani;

3. - nr. de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală contractate și decontate în ultimii 2 ani (cu evidențierea nr. de explorări funcționale), raportat la nr. total de servicii medicale paraclinice contractate și decontate în ultimii 2 ani.

4. - nr. de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală contractate și decontate în ultimii 2 ani – pe tipuri de investigații, raportat la nr. total de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală contractate și decontate în ultimii 2 ani.

d) - nr. de asigurați care au beneficiat de servicii medicale paraclinice (nr. CNP-uri) în ultimii 2 ani (analiza se va face pe fiecare dintre ultimii 2 ani), precum și:

1. - nr. de asigurați (nr. CNP-uri) care au beneficiat de analize medicale de laborator în ultimii 2 ani (cu evidențierea nr. celor care au beneficiat de servicii medicale paraclinice de

anatomie patologică: histopatologice și de citologie, inclusiv examenul Babeș Papanicolau);

2. - nr. de asigurați (nr. CNP-uri) care au beneficiat de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală în ultimii 2 ani (cu evidențierea nr. celor care au beneficiat de explorări funcționale).

e) - la analiza datelor aferente ultimilor 2 ani se vor avea în vedere și fondurile alocate cu destinație servicii medicale paraclinice în anii respectivi;

f) - fondul aprobat pentru servicii medicale paraclinice pentru anul curent;

g) prevederile actelor normative ce reglementează contractarea și decontarea serviciilor medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

CRITERIILE

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 62 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

- pentru asistența medicală spitalicească -

Art. 1. – Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituită în baza prevederilor art. 62 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Art. 2. – La stabilirea zonelor/localităților deficitare din punct 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 spitale aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu respectarea legislației muncii, se au în vedere următoarele criterii:

- a) structura unității sanitare cu paturi, aprobată/avizată de Ministerul Sănătății;
- b) număr de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor aprobată/ avizată de Ministerul Sănătății;
- c) număr 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) număr 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) liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, respectiv: număr cazuri programate aflate pe listă la 1 ianuarie 2010, număr cazuri programate intrate pe listă în cursul anului 2010, număr cazuri programate ieșite în cursul anului 2010 și număr cazuri programate aflate pe listă la sfârșitul anului 2010.

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