

ORDIN Nr. 620/362 din 30 mai 2014

privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 620 din 30 mai 2014

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 362 din 29 mai 2014

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 403 din 30 mai 2014

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. N.B. 3.568 din data de 30 mai 2014 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 863 din data de 29 mai 2014 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. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 621/361 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și 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 Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, prevăzute în anexele nr. 1 - 4, 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. 400/2014.

ART. 4

La data intrării în vigoare a prezentului ordin își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 448/194/2013 pentru 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 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 195 din 8 aprilie 2013.

ART. 5

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu data de 1 iunie 2014.

p. Ministrul sănătății,  
Francisk Iulian Chiriac,  
secretar de stat

p. Președintele  
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Gheorghe-Radu Țibichi

ANEXA 1

CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală primară

ART. 1

Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

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, este de 800, cu excepția zonelor 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, 3 și 4 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

### ANEXA 2

#### CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

#### ART. 1

Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

La stabilirea numărului de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru specialitatea

reabilitare medicală, 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 reabilitare medicală, 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 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 și pentru specialitatea reabilitare medicală 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 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 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 reabilitare medicală;
- 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 reabilitare medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

#### ART. 3

La stabilirea numărului necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică și pentru specialitatea reabilitare medicală, 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 reabilitare medicală, 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 reabilitare medicală, 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 reabilitare medicală 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 reabilitare medicală, 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

(1) La stabilirea situațiilor în care cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot intra în relație

contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru un program de activitate sub 35 de ore pe săptămână, se au în vedere următoarele criterii:

a) localitățile/zonle deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice și pentru specialitatea reabilitare medicală; localitățile/zonle se încadrează în localități/zonle deficitare în situația în care în ultimii 2 ani numărul medicilor de o anumită specialitate clinică și pentru specialitatea reabilitare medicală a fost sub cel necesar sau în localitatea/zona respectivă nu a funcționat un medic de o anumită specialitate clinică și de specialitate reabilitare medicală în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

c) numărul necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică și pentru specialitatea reabilitare medicală, pe județ/municipiul București.

(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv din specialitatea reabilitare medicală, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor pot intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru un program sub 35 de ore pe săptămână. Programul de activitate al acestor cabinete nu face obiectul activității comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.

#### 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, 3 și 4 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

### ANEXA 3

#### CRITERII

ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 72 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

#### ART. 1

Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 72 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

La stabilirea numărului necesar total de investigații paraclinice pe județ/municipiul București și repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv: analize de laborator; anatomie patologică; investigații de radiologie, imagistică medicală; explorări funcționale, se au în vedere următoarele criterii:

a) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, 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 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 ultimii 2 ani, pentru fiecare an în parte), precum și:

1. numărul de analize medicale de laborator contractate și decontate în ultimii 2 ani (cu evidențierea numărului de servicii medicale de anatomie patologică: histopatologice și de citologie), raportat la numărul total de servicii medicale paraclinice contractate și decontate în ultimii 2 ani;

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

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

4. numărul de investigații paraclinice de radiologie - imagistică medicală și explorări funcționale contractate și decontate în ultimii 2 ani - pe tipuri de investigații, raportat la numărul total de investigații paraclinice de radiologie - imagistică medicală și explorări funcționale contractate și decontate în ultimii 2 ani;

d) numărul de asigurați care au beneficiat de servicii medicale paraclinice (numărul de coduri numerice personale/coduri unice de asigurare) în ultimii 2 ani (analiza se va face pe ultimii 2 ani, pentru fiecare an în parte), precum și:

1. numărul de asigurați (numărul de coduri numerice personale/coduri unice de asigurare) care au beneficiat de analize medicale de laborator în ultimii 2 ani (cu evidențierea numărului celor care au beneficiat de servicii medicale paraclinice de anatomie patologică: histopatologice și de citologie);

2. numărul de asigurați (numărul de coduri numerice personale/coduri unice de asigurare) care au beneficiat de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală în ultimii 2 ani (cu evidențierea numărului celor care au beneficiat de explorări funcționale);

e) la analiza datelor aferente ultimilor 2 ani se vor avea în vedere și fondurile alocate cu destinația 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

(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 Asiguraților 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.

#### ANEXA 4

##### 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. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, 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. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în

cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

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 spitale aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul unui spital și într-un centru de sănătate multifuncțional cu personalitate juridică pentru activitatea desfășurată în regim de spitalizare de zi, cu respectarea legislației muncii, se au în vedere următoarele criterii:

- a) structura 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 externe - 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) listele de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, respectiv: număr de cazuri programate aflate pe listă la 1 ianuarie 2013, număr de cazuri programate intrate pe listă în cursul anului 2013, număr de cazuri programate ieșite în cursul anului 2013 și număr de cazuri programate aflate pe listă la sfârșitul anului 2013;
- g) la analizarea situațiilor în care un medic solicită să furnizeze servicii medicale în cadrul a două unități sanitare cu paturi (două spitale sau un spital și un centru de sănătate multifuncțional cu personalitate juridică pentru activitatea desfășurată în regim de spitalizare de zi) se va avea în vedere și distanța dintre unitățile sanitare în care medicul solicită să desfășoare activitate, coroborat 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.

-----

ORDIN Nr. 621/361 din 30 mai 2014

privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 621 din 30 mai 2014

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 361 din 29 mai 2014

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 403 din 30 mai 2014

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. N.B. 3.569 din data de 30 mai 2014 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 862 din data de 29 mai 2014 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. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015,

în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și 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 regulamentele-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, prevăzute în anexele nr. 1 - 4, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Direcțiile de specialitate și celelalte structuri de specialitate din cadrul direcțiilor de sănătate publică și al 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. 400/2014.

ART. 4

La data intrării în vigoare a prezentului ordin își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 450/193/2013 pentru 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 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 195 din 8 aprilie 2013.

ART. 5

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare de la data de 1 iunie 2014.



p. Ministrul sănătății,  
Francisk Iulian Chiriac,  
secretar de stat

p. Președintele  
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Gheorghe-Radu Țibichi

## ANEXA 1

### REGULAMENT-CADRU

de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală primară

#### ART. 1

Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

(1) Comisia este formată din 7 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie, un reprezentant al patronatului județean al medicilor de familie și un reprezentant al asociației profesionale județene a medicilor de familie. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz. Comisia va avea un secretar fără drept de vot, numit de casa de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor/organizațiilor anterior menționate de conducătorii acestora. Pentru fiecare membru desemnat, instituțiile/organizațiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric.

(2) În situația în care unul dintre membrii de drept nu poate participa la lucrările comisiei, acesta va fi înlocuit de către instituția/organizația care l-a desemnat cu unul dintre membrii supleanți.

(3) Desemnarea și revocarea reprezentanților instituțiilor/organizațiilor menționate la alin. (1) se fac de conducătorii respectivelor instituții/organizații.

(4) Înlocuirea unui reprezentant se face cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (1) - (3), împreună cu notificarea încetării nominalizării reprezentantului precedent.

#### ART. 3

(1) Comisia își desemnează un președinte dintre membrii acesteia, cu un mandat pe durata a 6 (șase) luni, care nu se poate repeta mai devreme de un an. Desemnarea președintelui se face prin votul membrilor comisiei.

(2) Comisia ia hotărâri cu majoritate de voturi.

#### ART. 4

(1) Numai membrii de drept ai comisiei au drept de vot. Opiniile și mențiunile reprezentantului administrației publice locale, consemnate în procesele-verbale ale ședințelor, au rol consultativ.

(2) Cvorumul necesar pentru a lua hotărâri valide este de cel puțin 6 din cei 7 membri.

(3) Hotărârile se adoptă cu votul a cel puțin 4 membri dintre membrii cu drept de vot prezenți.

#### ART. 5

În condițiile în care la nivel județean nu există toate structurile prevăzute în componența comisiei, numărul total al membrilor acesteia, precum și numărul reprezentând cvorumul necesar se ajustează în mod corespunzător, pentru a asigura funcționarea comisiei în conformitate cu prevederile legale.

#### ART. 6

(1) Dezbaterile din ședințele comisiei sunt consemnate în procesele-verbale ale ședințelor. Procesele-verbale ale ședințelor vor fi semnate de toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de președintele comisiei.

#### ART. 7

(1) Sediul comisiei, unde aceasta își desfășoară activitatea, este la casa de asigurări de sănătate.

(2) Comisia are ștampilă proprie, iar documentele primite/emise se consemnează într-un registru propriu.

#### ART. 8

(1) Comisia se întrunește obligatoriu anual în vederea pregătirii procesului de contractare, astfel încât să se poată încheia procesul de contractare la termenul stabilit, și o dată la 6 luni pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la atribuțiile proprii, precum și ori de câte ori este nevoie. Membrii comisiei și reprezentantul administrației publice locale, după caz, care are rol consultativ, sunt convocați în scris de secretarul comisiei.

(2) Membrii comisiei care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial legat de problema/problemele supusă/supuse dezbaterii nu participă la lucrările comisiei referitoare la problema/problemele pentru care se constată că au un interes patrimonial.

(3) Odată cu primirea convocatorului și a ordinii de zi, membrii comisiei care au un interes patrimonial legat de una sau mai multe probleme dintre cele supuse dezbaterii anunță în scris secretarul comisiei pentru convocarea membrilor supleanți, care pot participa la dezbateri, cu respectarea prevederilor alin. (2).

#### ART. 9

Comisia are următoarele atribuții:

a) stabilește necesarul de medici de familie cu liste proprii, pe unități administrativ-teritoriale/zona urbane, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, pentru care se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară cu casa de asigurări de sănătate;

b) stabilește numărul 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;

c) stabilește zonele 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 cuprinzând sub 800 de persoane asigurate înscrise;

d) analizează situațiile în care numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicilor de familie se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, 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;

e) analizează situațiile de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea, în baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) analizează situațiile de încadrare a unităților administrativ-teritoriale/zonelor deficitare din

punctul de vedere al existenței medicilor de familie; unitățile administrativ-teritoriale/zonile se încadrează în unități administrativ-teritoriale/zonle deficitare în situația în care 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;

g) analizează cazurile de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației de către medicul 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;

h) analizează situațiile în care medicul nou-venit care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni, după încetarea convenției încheiate pentru maximum 3 luni, nu a înscris numărul minim de persoane asigurate pe listă stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, situație în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează, cu excepția situațiilor stabilite de comisie.

#### ART. 10

Comisia își îndeplinește atribuțiile prevăzute în baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

#### ANEXA 2

##### REGULAMENT-CADRU

de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru specialitatea reabilitare medicală

#### ART. 1

Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) și art. 40 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

(1) Comisia este formată din 7 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică/direcțiilor medicale sau structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor pentru specialitățile clinice, un reprezentant al patronatului medicilor de specialitate din specialitățile clinice reprezentativ la nivel județean sau un reprezentant al societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice reprezentative la nivel județean și un reprezentant al organizației sindicale reprezentative la nivel județean. Comisia va avea un secretar fără drept de vot, numit de casa de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor/organizațiilor anterior menționate de conducătorii acestora. Pentru fiecare membru desemnat, instituțiile/organizațiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric.

(2) În situația în care unul dintre membrii de drept nu poate participa la lucrările comisiei, acesta va fi înlocuit de către instituția/organizația care l-a desemnat cu unul dintre membrii supleanți.

(3) Desemnarea și revocarea reprezentanților instituțiilor/organizațiilor menționate la alin. (1) se fac de conducătorii respectivelor instituții/organizații.

(4) Înlocuirea unui reprezentant se face cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (1) - (3), împreună cu notificarea încetării nominalizării reprezentantului precedent.

#### ART. 3

(1) Comisia își desemnează un președinte dintre membrii acesteia, cu un mandat pe durata a 6 (șase) luni, care nu se poate repeta mai devreme de un an. Desemnarea președintelui se face prin votul membrilor comisiei.

(2) Comisia ia hotărâri cu majoritate de voturi.

#### ART. 4

(1) Numai membrii de drept ai comisiei au drept de vot.

(2) Cvorumul necesar pentru a lua hotărâri valide este de cel puțin 6 din cei 7 membri.

(3) Hotărârile se adoptă cu votul a cel puțin 4 membri dintre membrii cu drept de vot prezenți.

#### ART. 5

În condițiile în care la nivel județean nu există toate structurile prevăzute în componența comisiei, numărul total al membrilor acesteia, precum și numărul reprezentând cvorumul necesar se ajustează în mod corespunzător, pentru a asigura funcționarea comisiei în conformitate cu prevederile legale.

#### ART. 6

(1) Dezbaterile din ședințele comisiei sunt consemnate în procesele-verbale ale ședințelor. Procesele-verbale ale ședințelor vor fi semnate de toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de președintele comisiei.

#### ART. 7

(1) Sediul comisiei, unde aceasta își desfășoară activitatea, este la casa de asigurări de sănătate.

(2) Comisia are ștampilă proprie, iar documentele primite/emise se consemnează într-un registru propriu.

#### ART. 8

(1) Comisia se întrunește obligatoriu anual în vederea pregătirii procesului de contractare, astfel încât să se poată încheia procesul de contractare la termenul stabilit, și o dată la 6 luni pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la atribuțiile proprii, precum și ori de câte ori este nevoie. Membrii comisiei sunt convocați în scris de secretarul comisiei.

(2) Membrii comisiei care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial legat de problema/problemele supusă/supuse dezbaterii nu participă la lucrările comisiei referitoare la problema/problemele pentru care se constată că au un interes patrimonial.

(3) Odată cu primirea convocatorului și a ordinii de zi, membrii comisiei care au un interes patrimonial legat de una sau mai multe probleme dintre cele supuse dezbaterii anunță în scris secretarul comisiei pentru convocarea membrilor supleanți, care pot participa la dezbateri, cu respectarea prevederilor alin. (2).

#### ART. 9

Comisia are următoarele atribuții:

a) stabilește numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și specialitatea reabilitare medicală pe județ, respectiv la nivelul municipiului București. Prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână;

b) stabilește numărul necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică și specialitatea reabilitare medicală, pe județ, respectiv la nivelul municipiului București, pentru care se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale, în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și specialitatea reabilitare medicală, cu casa de asigurări de sănătate;

c) analizează situațiile de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea, în baza criteriilor aprobate prin

ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) stabilește, pentru cabinetele medicale din specialitățile clinice și din specialitatea reabilitare medicală organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, situațiile în care casa de asigurări de sănătate poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale pentru un program de lucru al cabinetului medical mai mic de 35 de ore pe săptămână, în funcție de condițiile existente în localitățile/zonele în care se înregistrează cereri în acest sens și în corelație cu numărul de norme, precum și cu numărul necesar de medici;

e) analizează situațiile de încadrare a localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice și de specialitate reabilitare medicală pentru îndeplinirea obligației prevăzute la lit. d); localitățile/zonele se încadrează în localități/zonă deficitare în situația în care în ultimii 2 ani numărul medicilor de o anumită specialitate clinică, inclusiv specialitatea reabilitare medicală, a fost sub cel necesar sau în localitatea/zona respectivă nu a funcționat un medic de o anumită specialitate clinică, respectiv de specialitate reabilitare medicală în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

#### ART. 10

Comisia își îndeplinește atribuțiile prevăzute în baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

#### ANEXA 3

#### REGULAMENT-CADRU

de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 72 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

#### ART. 1

Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 72 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

(1) Comisia este formată din 7 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor, un reprezentant al patronatului din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice reprezentativ la nivel județean și un reprezentant al societății profesionale a medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice reprezentative la nivel județean. Comisia va avea un secretar fără drept de vot, numit de casa de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor/organizațiilor anterior menționate de conducătorii acestora. Pentru fiecare membru desemnat, instituțiile/organizațiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric.

(2) În situația în care unul dintre membrii de drept nu poate participa la lucrările comisiei, acesta va fi înlocuit de către instituția/organizația care l-a desemnat cu unul dintre membrii supleanți.

(3) Desemnarea și revocarea reprezentanților instituțiilor/organizațiilor menționate la alin. (1) se fac de conducătorii respectivelor instituții/organizații.

(4) Înlocuirea unui reprezentant se face cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (1) - (3),

împreună cu notificarea încetării nominalizării reprezentantului precedent.

#### ART. 3

(1) Comisia își desemnează un președinte dintre membrii acesteia, cu un mandat pe durata a 6 (șase) luni, care nu se poate repeta mai devreme de un an. Desemnarea președintelui se face prin votul membrilor comisiei.

(2) Comisia ia hotărâri cu majoritate de voturi.

#### ART. 4

(1) Numai membrii de drept ai comisiei au drept de vot.

(2) Cvorumul necesar pentru a lua hotărâri valide este de cel puțin 6 din cei 7 membri.

(3) Hotărârile se adoptă cu votul a cel puțin 4 membri dintre membrii cu drept de vot prezenți.

#### ART. 5

(1) Dezbaterile din ședințele comisiei sunt consemnate în procesele-verbale ale ședințelor. Procesele-verbale ale ședințelor vor fi semnate de toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de președintele comisiei.

#### ART. 6

În condițiile în care la nivel județean nu există toate structurile prevăzute în componența comisiei, numărul total al membrilor acesteia, precum și numărul reprezentând cvorumul necesar se ajustează în mod corespunzător, pentru a asigura funcționarea comisiei în conformitate cu prevederile legale.

#### ART. 7

(1) Sediul comisiei, unde aceasta își desfășoară activitatea, este la casa de asigurări de sănătate.

(2) Comisia are ștampilă proprie, iar documentele primite/emise se consemnează într-un registru propriu de intrări-ieșiri.

#### ART. 8

(1) Comisia se întrunește obligatoriu anual în vederea pregătirii procesului de contractare, astfel încât să se poată încheia procesul de contractare la termenul stabilit, și o dată la 6 luni pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la atribuțiile proprii, precum și ori de câte ori este nevoie. Membrii comisiei sunt convocați în scris de secretarul comisiei.

(2) Membrii comisiei care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial legat de problema/problemele supusă/supuse dezbaterii nu participă la lucrările comisiei referitoare la problema/problemele pentru care se constată că au un interes patrimonial.

(3) Odată cu primirea convocatorului și a ordinii de zi, membrii comisiei care au un interes patrimonial legat de una sau mai multe probleme dintre cele supuse dezbaterii anunță în scris secretarul comisiei pentru convocarea membrilor supleanți, care pot participa la dezbateri, cu respectarea prevederilor alin. (2).

#### ART. 9

Comisia are următoarele atribuții:

a) stabilește numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ/municipiul București;

b) stabilește numărul necesar de investigații paraclinice - analize de laborator și de anatomie patologică (examinări histopatologice și citologie) la nivelul județului/municipiului București;

c) stabilește numărul necesar de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală și explorări funcționale la nivelul județului/municipiului București;

d) stabilește repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică (examinări histopatologice și citologie), investigații de radiologie-imagistică medicală și explorări funcționale la nivelul județului/municipiului București.

#### ART. 10

Comisia își îndeplinește atribuțiile prevăzute în baza unor criterii care se aprobă prin ordin al

ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

#### ANEXA 4

### REGULAMENT-CADRU

de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 87 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, pentru asistența medicală spitalicească

#### ART. 1

Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 87 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

#### ART. 2

(1) Comisia este formată din 6 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor și un reprezentant al administrației publice locale. Comisia va avea un secretar fără drept de vot, numit de casa de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor/organizațiilor anterior menționate de conducătorii acestora. Pentru fiecare membru desemnat, instituțiile/organizațiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric.

(2) În situația în care unul dintre membrii de drept nu poate participa la lucrările comisiei, acesta va fi înlocuit de către instituția/organizația care l-a desemnat cu unul dintre membrii supleanți.

(3) Desemnarea și revocarea reprezentanților instituțiilor/organizațiilor menționate la alin. (1) se fac de conducătorii respectivelor instituții/organizații.

(4) Înlocuirea unui reprezentant se face cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (1) - (3), împreună cu notificarea încetării nominalizării reprezentantului precedent.

#### ART. 3

(1) Comisia își desemnează un președinte dintre membrii acesteia, cu un mandat pe durata a 6 (șase) luni, care nu se poate repeta mai devreme de un an. Desemnarea președintelui se face prin votul membrilor comisiei.

(2) Comisia ia hotărâri cu majoritate de voturi.

#### ART. 4

(1) Numai membrii de drept ai comisiei au drept de vot.

(2) Cvorumul necesar pentru a lua hotărâri valide este de cel puțin 5 din cei 6 membri.

(3) Hotărârile se adoptă cu votul a cel puțin 4 membri dintre membrii cu drept de vot prezenți.

#### ART. 5

În condițiile în care la nivel județean nu există toate structurile prevăzute în componența comisiei, numărul total al membrilor acesteia, precum și numărul reprezentând cvorumul necesar se ajustează în mod corespunzător, pentru a asigura funcționarea comisiei în conformitate cu prevederile legale.

#### ART. 6

(1) Dezbaterile din ședințele comisiei sunt consemnate în procesele-verbale ale ședințelor. Procesele-verbale ale ședințelor vor fi semnate de toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de președintele comisiei.

#### ART. 7

(1) Sediul comisiei, unde aceasta își desfășoară activitatea, este la casa de asigurări de sănătate.

(2) Comisia are ștampilă proprie, iar documentele primite/emise se consemnează într-un registru propriu.

#### ART. 8

(1) Comisia se întrunește obligatoriu anual în vederea pregătirii procesului de contractare, astfel încât să se poată încheia procesul de contractare la termenul stabilit, și o dată la 6 luni pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la atribuțiile proprii, precum și ori de câte ori este nevoie. Membrii comisiei sunt convocați în scris de secretarul comisiei.

(2) Membrii comisiei care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial legat de problema/problemele supusă/supuse dezbaterii nu participă la lucrările comisiei referitoare la problema/problemele pentru care se constată că au un interes patrimonial.

(3) Odată cu primirea convocatorului și a ordinii de zi, membrii comisiei care au un interes patrimonial legat de una sau mai multe probleme dintre cele supuse dezbaterii anunță în scris secretarul comisiei pentru convocarea membrilor supleanți, care pot participa la dezbateri, cu respectarea prevederilor alin. (2).

#### ART. 9

Comisia are următoarele atribuții:

a) stabilește zonele/localitățile deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate în cadrul unităților sanitare cu paturi, în vederea analizării situațiilor prevăzute la lit. b); pentru stabilirea zonelor/localităților menționate anterior se va avea în vedere numărul de medici de specialitate existent în cadrul unităților sanitare cu paturi, conform structurii acestora, având în vedere actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate (medici) corespunzător specialității secției/compartimentului;

b) analizează situațiile în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul a două spitale aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul unui spital și într-un centru de sănătate multifuncțional cu personalitate juridică pentru activitatea desfășurată în regim de spitalizare de zi, cu respectarea legislației muncii.

#### ART. 10

Comisia își îndeplinește atribuțiile prevăzute în baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

-----