

Ordinul nr. 620/362/2014

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

În vigoare de la 01.06.2014

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.

4 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.

6 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.

Ministrul sănătății
Francisk Iulian Chiriac,
secretar de stat

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

Criteria

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 din 30.05.2014

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/zona, 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 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/zonile deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice și pentru specialitatea reabilitare medicală; localitățile/zonile se încadrează în localități/zonile 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.