



# MONITORUL OFICIAL

## AL

### ROMÂNIEI

Anul 179 (XXIII) — Nr. 384

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 1 iunie 2011

#### SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
<b>HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI</b>			
495. — Hotărâre privind rechemarea și numirea unui consul general .....	2	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. 1.389/2010 .....	5–10
496. — Hotărâre privind rechemarea și numirea unui consul general .....	2		
497. — Hotărâre privind numirea unui consul general .....	2	866/540. — Ordin al 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. 1.389/2010 .....	11–15
<b>ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE</b>			
862/547. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuzi, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență .....	3–4	★	
864/538. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012 .....	4	Lista asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care beneficiază de subvenții de la bugetul local al municipiului Oradea în anul 2011, în conformitate cu prevederile Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, și a cuantumului acestora .....	15
865/539. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru			

# HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

#### privind rechemarea și numirea unui consul general

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Domnul Radu Ionescu se recheamă din calitatea de consul general, șef al Consulatului General al României la Barcelona, Regatul Spaniei.

Art. 2. — Domnul Radu Ionescu își va încheia misiunea în termen de cel mult 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri.

Art. 3. — Începând cu data încheierii misiunii domnului Radu Ionescu, doamna Cynthia Carmen Curt se numește consul general, șef al Consulatului General al României la Barcelona, Regatul Spaniei.

PRIM-MINISTRU  
**EMIL BOC**

Contrasemnează:  
Ministrul afacerilor externe,  
**Teodor Baconschi**

București, 11 mai 2011.  
Nr. 495.

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

#### privind rechemarea și numirea unui consul general

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Domnul Gabriel Nicola se recheamă din calitatea de consul general, șef al Consulatului General al României la Vârșeț, Republica Serbia.

Art. 2. — Domnul Gabriel Nicola își va încheia misiunea în termen de cel mult 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri.

Art. 3. — Începând cu data încheierii misiunii domnului Gabriel Nicola, domnul Alexandru Mureșan se numește consul general, șef al Consulatului General al României la Vârșeț, Republica Serbia.

PRIM-MINISTRU  
**EMIL BOC**

Contrasemnează:  
Ministrul afacerilor externe,  
**Teodor Baconschi**

București, 11 mai 2011.  
Nr. 496.

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

#### privind numirea unui consul general

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Domnul Gheorghe Nicolae Pahonea se numește consul general, șef al Consulatului General al României la Sankt Petersburg, Federația Rusă.

PRIM-MINISTRU  
**EMIL BOC**

Contrasemnează:  
Ministrul afacerilor externe,  
**Teodor Baconschi**

București, 11 mai 2011.  
Nr. 497.

# ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 862 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 547 din 31 mai 2011

## ORDIN

### privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. 6.345 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.073 din 31 mai 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
  - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
  - Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările ulterioare,
- în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al 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. — Sumele minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienți acuți se stabilesc în funcție de clasificarea aprobată în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările ulterioare, prin raportare la suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital, pornind de la un procent de referință corespunzător categoriei I de clasificare, conform anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Valoarea procentului de referință se stabilește prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 3. — Prin excepție de la prevederile art. 2, pentru anul 2011 valoarea procentului de referință este de 90%.

Art. 4. — Capacitatea maximă de funcționare a spitalului se stabilește în funcție de indicatorii cantitativi, conform prevederilor din anexă.

Art. 5. — Pentru spitalele clasificate în categoriile I și IM, inclusiv pentru cele clasificate provizoriu, în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011, cu modificările ulterioare, suma minimă contractată în condițiile art. 1 nu poate

fi mai mică de 95% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

Art. 6. — Pentru anul 2011, suma minimă contractată de spitale în condițiile art. 1 nu poate fi mai mare de 130% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

Art. 7. — Modalitatea de contractare a sumelor pentru serviciile medicale spitalicești care rămân nealocate după aplicarea prevederilor art. 1 se stabilește prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 8. — În cazul în care prin prevederi legale ulterioare sunt acordate fonduri suplimentare pentru servicii medicale spitalicești, contractarea serviciilor de internare continuă pentru pacienții acuți, prin acte adiționale la contractele de prestări servicii încheiate între spitale și casele de asigurări de sănătate, se realizează direct proporțional cu sumele minime contractate în conformitate cu prevederile art. 1, dar fără a se depăși suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital.

Art. 9. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 10. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

**Modalitatea de calcul al sumei minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienții acuți, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență**

Art. 1. — (1) Suma minimă contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți ( $S_m$ ) se calculează pe baza clasificării spitalelor în funcție de competențe, astfel:

- a) pentru categoria I:  $S_m = S_p \times P\%$ ;
- b) pentru categoria IM:  $S_m = S_p \times (P-4)\%$ ;
- c) pentru categoria II:  $S_m = S_p \times (P-3)\%$ ;
- d) pentru categoria IIM:  $S_m = S_p \times (P-5)\%$ ;
- e) pentru categoria III:  $S_m = S_p \times (P-5)\%$ ;
- f) pentru categoria IV:  $S_m = S_p \times (P-15)\%$ ;
- g) pentru categoria V:  $S_m = S_p \times (P-23)\%$ ;
- h) pentru spitalele neclasificabile:  $S_m = S_p \times (P-33)\%$ .

(2) În formulele prevăzute la alin. (1),  $S_m$  reprezintă suma minimă contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți,  $S_p$  reprezintă suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital, iar  $P$  reprezintă valoarea procentului de referință pentru categoria I de clasificare.

Art. 2. — La calcularea sumei minime contractate pentru spitalele care primesc o clasificare provizorie, în conformitate cu prevederile art. 5, Metodologia pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările ulterioare, în formulele de calcul prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. a)—g) se scad suplimentar două puncte procentuale din valoarea procentului de referință  $P$ .

Art. 3. — (1) Suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital se calculează astfel:

$$S_p = N_{pat} \times IU_{pat} / DMS_{nat} \times ICM \times TCP \times F1.$$

(2) În formula prevăzută la alin. (1),  $N_{pat}$  reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi,  $IU_{pat}$  reprezintă indicele mediu de utilizare a paturilor în anul calendaristic precedent, la nivel național,  $DMS_{nat}$  reprezintă durata medie de spitalizare în secțiile de pacienți acuți în anul calendaristic precedent, la nivel național,  $ICM$  și  $TCP$  reprezintă indicele case-mix și, respectiv, tariful pe caz ponderat prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, iar  $F1$  reprezintă factorul de corecție, care se calculează astfel:

$F1 =$  numărul de medici cu contract de muncă sau contract de prestări servicii/numărul minim de medici necesar pentru numărul de paturi aprobat și posibil de contractat, conform normativului de personal.

(3) În formula prevăzută la alin. (1), valoarea maximă care poate să fie luată în calcul a produsului  $N_{pat} \times IU_{pat} / DMS_{nat}$  este cel mult egală cu numărul de bolnavi externați și validați în anul calendaristic precedent.

(4) Factorul de corecție  $F1$  se include în calculul formulei prevăzute la alin. (1) numai în situația în care valoarea lui este sub 1.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (2), pentru anul 2011, în calcularea formulei prevăzute la alin. (1) se vor utiliza indicatorii calculați pentru anul 2009:  $IU_{pat} = 294,7$  și  $DMS_{nat} = 6,65$ .

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 864 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 538 din 31 mai 2011

**ORDIN**

**pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012**

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.292 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.065 din 31 mai 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 217 alin. (5) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

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

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

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

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, prevăzute în anexele nr. 1—40\*), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iunie 2011. De la această dată își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale

de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

\*) Anexele nr. 1—40 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 865 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 539 din 31 mai 2011

## ORDIN

### **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 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010**

Având în vedere:

— Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.287 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.059 din 31 mai 2011 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. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare,  
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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările ulterioare, prevăzute în anexele nr. 1—5, 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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări

sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările ulterioare. De la data intrării în vigoare a prezentului ordin își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.035/628/2010 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 anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 533 din 30 iulie 2010.

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

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

*ANEXA Nr. 1*

## REGULAMENT-CADRU

### **de organizare și funcționare al comisiei constituite în baza prevederilor art. 23 alin. (3) și (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. 1.389/2010, pentru asistența medicală primară**

Art. 1. — Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 23 alin. (3) și (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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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, 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 către 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 către 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 către toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de către secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de către 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 către 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/zonă, atât pentru mediul urban,

cât și pentru mediul rural, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară cu casa de asigurări de sănătate;

b) stabilește numărul 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;

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 sub 1.000 de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale;

d) analizează situațiile 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/zonă 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 și din ambulatoriul 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;

f) analizează situațiile de încadrare a unităților administrativ-teritoriale/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie; unitățile administrativ-teritoriale/zonelor se încadrează în unități administrativ-teritoriale/zonă deficitare în situația în care în ultimii 2 ani numărul medicilor de familie a fost sub cel necesar sau în unitatea administrativ-teritorială/zonă 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 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.

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.

## REGULAMENT-CADRU

**de organizare și funcționare al comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**

Art. 1. — Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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 către 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 către 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 către toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de către secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de către 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 către 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 necesar pentru fiecare specialitate clinică, pe județ. Prin *normă* se înțelege un program de lucru de 7 ore/zi și, respectiv, de 35 de ore/săptămână;

b) stabilește numărul necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinică, pe județ, 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;

c) analizează situațiile de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul 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) analizează situațiile de încadrare a localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice; localitățile/zonelor se încadrează în localități/zonă deficitare în situația în care 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. 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.

## REGULAMENT-CADRU

**de organizare și funcționare al comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru medicina dentară**

Art. 1. — Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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 dentiști, un reprezentant al patronatului județean al medicilor dentiști reprezentativ la nivel județean sau un reprezentant al asociației profesionale județene a medicilor dentiști 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 către 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 către 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 către toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de către secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de către 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 către 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 necesar pentru specialitatea de medicină dentară, pe județ. Prin *normă* se înțelege un program de lucru de 7 ore/zi, din care 5 ore în medie/zi la cabinet și două ore în medie/zi la laboratorul de tehnică dentară, și, respectiv, 35 de ore/săptămână;

b) stabilește numărul 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;

c) analizează situațiile de încadrare a localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de medicină dentară; localitățile/zonelor se încadrează în localități/zonă deficitare în situația în care în ultimii 2 ani numărul medicilor de medicină dentară a fost sub cel necesar sau în localitatea/zonă respectivă nu a funcționat un medic de medicină dentară 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.



## REGULAMENT-CADRU

**de organizare și funcționare al comisiei constituite 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. 1.389/2010, 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. 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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 specialitățile paraclinice, 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 către 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 către 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 către toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de către secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de către 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 către 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 paraclinice pe total județ;

b) stabilește numărul necesar de investigații paraclinice — analize de laborator și de anatomie patologică (histopatologice și citologie, inclusiv examenul Babeș—Papanicolau) la nivelul județului;

c) stabilește numărul necesar de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală și explorări funcționale la nivelul județului.

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.

**REGULAMENT-CADRU****de organizare și funcționare al comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală spitalicească**

Art. 1. — Prezentul regulament stabilește modalitatea de organizare și funcționare a comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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 către 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 către 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 către toți membrii comisiei prezenți la dezbateri și de către secretarul comisiei.

(2) Hotărârile comisiei sunt semnate numai de către 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 către 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 spitalelor, 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, 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.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 866 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 540 din 31 mai 2011

## 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. 1.389/2010**

Având în vedere:

— Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.288 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 2.060 din 31 mai 2011 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. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

— Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 865/539/2011 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. 1.389/2010,

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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările ulterioare, prevăzute în anexele nr. 1—5, 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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

*ANEXA Nr. 1*

## CRITERII

### **ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală primară**

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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

b) numărul de persoane înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul județului/municipiului București, distribuția acestora în mediul urban, precum și numărul de persoane înscrise pe listele medicilor de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă;

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 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 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/zonă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

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

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 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 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) 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/municipiului București, distribuția acestora în mediul rural pe unități administrativ-teritoriale/zonă;

c) unitățile administrativ-teritoriale în care populația este sub 1.000 de locuitori, din care:

— unități administrativ-teritoriale izolate sau greu accesibile;

d) numărul minim de persoane 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) Comisiile constituite la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și 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 Ministerului Transporturilor și Infrastructurii și al activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

ANEXA Nr. 2

## C R I T E R I I

### **ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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/zonă, 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/zonă, 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 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;

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/zonă, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică; numărul de asigurați la nivelul județului/municipiului București;

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

c) numărul de norme necesare 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 numărul 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. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportate la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisiile constituite la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești adaptează criteriile prevăzute la art. 2 și 3 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a Ministerului Transporturilor și Infrastructurii și al activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

*ANEXA Nr. 3*

## C R I T E R I I

### **ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru medicina dentară**

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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 și, respectiv, de 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) numărul de norme din anul precedent și procente aferente mediului urban și mediului rural, raportat la suma alocată casei de asigurări de sănătate în anul precedent;

g) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, distribuția acesteia în mediul urban și rural, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

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

i) evoluția numărului 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) numărul de norme necesar pentru specialitatea de medicină dentară, stabilit la nivelul județului/municipiului București;

b) totalul populației la nivelul județului/municipiului București, distribuția acesteia în mediul urban și rural, structura pe grupe de vârstă, utilizând ultimele date puse la dispoziție de Institutul Național de Statistică;

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

d) numărul de 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 numărul de contracte ce pot fi încheiate de medicii de medicină dentară cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 4. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportate la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisiile constituite la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești adaptează criteriile prevăzute la art. 2 și 3 în funcție de specificul activității din rețeaua sanitară a Ministerului Transporturilor și Infrastructurii și al activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

**C R I T E R I I**

**ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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) 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, inclusiv examenul Babeș Papanicolau), 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 și imagistică medicală contractate și decontate în ultimii 2 ani — pe tipuri de investigații, raportat la numărul total de investigații paraclinice de radiologie și imagistică medicală contractate și decontate în ultimii 2 ani;

d) numărul de asigurați care au beneficiat de servicii medicale paraclinice (număr CNP-uri) în ultimii 2 ani (analiza se va face pe ultimii 2 ani, pentru fiecare an în parte), precum și:

1. numărul de asigurați (număr CNP-uri) 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, inclusiv examenul Babeș Papanicolau);

2. numărul de asigurați (nr. CNP-uri) 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 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. — (1) Comisia poate avea în vedere și alte criterii, raportat la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(2) Comisiile constituite la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și 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 Ministerului Transporturilor și Infrastructurii și al activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

**C R I T E R I I**

**ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, pentru asistența medicală spitalicească**

Art. 1. — Prezentele criterii stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite 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. 1.389/2010, cu modificările ulterioare.

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, 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 externate — spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului, aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

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

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

f) listele de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, respectiv: număr de cazuri programate aflate pe listă la 1 ianuarie 2010, număr de cazuri programate intrate pe listă în cursul anului 2010, număr de cazuri programate ieșite în cursul anului 2010 și număr de cazuri programate aflate pe listă la sfârșitul anului 2010.

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

(2) Comisiile constituite la nivelul Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și 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 Ministerului Transporturilor și Infrastructurii și al activității din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

★

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORADEA

**LISTA**

**asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care beneficiază de subvenții de la bugetul local al municipiului Oradea în anul 2011, în conformitate cu prevederile Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, și a cuantumului acestora**

Nr. crt.	Denumirea asociației/fundației	Cuquantumul subvenției aprobate
1.	Asociația Caritas Catolică	41.000 lei
2.	Fundația de Scleroză Multiplă SM Bihor — Oradea	29.000 lei
3.	Fundația Copiii Făgăduinței	26.000 lei
4.	Societatea de Binefacere „Don Orione”	22.000 lei
5.	Fundația Hospice Emanuel	20.000 lei
6.	Fundația People to People	19.000 lei
7.	Fundația Casa Minunată	16.000 lei
8.	Fundația Theranova	16.000 lei
9.	Asociația Down	15.000 lei
10.	Asociația Caritas Eparhial	15.000 lei
11.	Asociația Ramiluck	13.000 lei
12.	Asociația Pro Christo et Ecclesia	9.000 lei
13.	Fundația Csillagvaros	6.000 lei
14.	Fundația Ruhama	3.000 lei

# ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC

— Prețuri pentru anul 2011 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Număr de apariții anuale	Valoare (TVA 9% inclus) — lei		
			12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	900	1.200	330	120
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	144	1.500		140
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	245	2.250		200
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	370	430		40
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	5.270	1.720		160
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	300	1.600		150
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	35	540		50
8.	Colecția Legislația României	4	450	120	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	12	750		70

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

# ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC

— Prețuri pentru anul 2011 —

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	50	130	330	790	1.740	500	1.250	3.130	7.510	16.520
ExpertMO	100	250	630	1.510	3.320	1.000	2.500	6.250	15.000	33.000
Autentic+ExpertMO	130	330	830	1.990	4.380	1.300	3.250	8.130	19.510	42.920

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	60	150	380	910	2.000	600	1.500	3.750	9.000	19.800
ExpertMO	120	300	750	1.800	3.960	1.200	3.000	7.500	18.000	39.600
Autentic+ExpertMO	150	380	950	2.280	5.020	1.500	3.750	9.380	22.510	49.520

Colecția Monitorul Oficial în format electronic PDF, oricare dintre părțile acestuia

50 lei/an

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul [www.expert-monitor.ro](http://www.expert-monitor.ro), unde puteți aplica online comanda.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: [marketing@ramo.ro](mailto:marketing@ramo.ro), internet: [www.monitoruloficial.ro](http://www.monitoruloficial.ro)

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

