

Ministerul Sănătății

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

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 403 din 30.05.2014.

În vigoare de la 01.04.2015

Act de baza:

Ordin MS/CNAS 620/362/2014

Acte modificatoare:

Ordin MS/CNAS 389/189/2015

Nr. 620/362

Ministerul Sănătății

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

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.

p. Ministrul sănătății,

Francisk Iulian Chiriac,

secretar de stat

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Gheorghe-Radu Țibichi

Criteriile 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 din 30.05.2014

Te interesează forma portabilă a documentului? O poți cumpăra online în varianta PDF sau Kindle!

Preț: 5,45 Lei cu TVA

Cumpără document

Forma oficială gratuită

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 403 din 30.05.2014.

În vigoare de la 01.06.2014

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.

Ministerul Sănătății

Criteriile 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
Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 403 din 30.05.2014.
În vigoare de la 01.06.2014

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

Ministerul Sănătății

Criteriile 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 din 30.05.2014
Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 403 din 30.05.2014.
În vigoare de la 01.06.2014

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 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.

Ministerul Sănătății

Criteriile 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 din 30.05.2014

Forma oficială gratuită

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 403 din 30.05.2014.

În vigoare de la 01.06.2014

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 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 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; (abrogate)

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; pentru anul 2015, listele de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, respectiv: număr de cazuri programate aflate pe listă la 1 ianuarie 2014, număr de cazuri programate intrate pe listă în cursul anului 2014, număr de cazuri programate ieșite în cursul anului 2014 și număr de cazuri programate aflate pe listă la sfârșitul anului 2014; (Ordin MS/CNAS 389/189/2015)

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.