



PARLAMENTUL ROMÂNIEI

SENATUL ROMÂNIEI

**Comisia pentru muncă, protecție socială
și problemele șomajului**

Nr. XIX/554 / 12.06.2002

**Comisia pentru sănătate,
ecologie, tineret și sport**

Nr. XXV/324 / 12.06.2002

Către,

BIROUL PERMANENT AL SENATULUI

În conformitate cu articolul 65 din Regulamentul Senatului, vă înaintăm următorul

R A P O R T C O M U N

asupra

propunerii legislative privind Legea asigurărilor sociale de sănătate

Cu adresa nr.L 554/2002, Comisia pentru Muncă, Protecție Socială și Problemele Șomajului, precum și Comisia pentru Sănătate, Ecologie, Tineret și Sport au fost sesizate în fond asupra propunerii legislative privind Legea asigurărilor sociale de sănătate.


Prin conținutul său propunerea legislativă se referă la organizarea și funcționarea asigurărilor sociale de sănătate, sub aspectul organizării și funcționării caselor de asigurări de sănătate, al finanțării serviciilor medicale prin constituirea și utilizarea fondului unic național de sănătate, al stabilirii responsabilităților, atribuțiilor și obligațiilor ce revin partenerilor din sistemul de asigurări și al introducerii unor sancțiuni concrete pentru nerespectarea dispozițiilor din domeniu.

Prin obiectul său de reglementare propunerea legislativă face parte din categoria legilor organice.

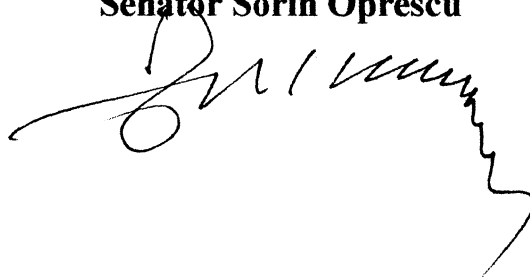
Proiectul de lege are avizul favorabil cu observații al Consiliului Legislativ nr. 114/26.01.2002 și avizul favorabil al Comisiei buget, finanțe și bănci nr. 278/12.06.2002

Comisia pentru Sănătate, Ecologie, Tineret și Sport, în ședința comună cu Comisia pentru Muncă, Protecție Socială și Problemele Șomajului, din data de 05. 06.2002, au luat în dezbatere propunerea legislativă menționată și au hotărât întocmirea unui raport favorabil, care să fie înaintat plenului Senatului, cu amendamentele cuprinse în anexă.

Președinte
Senator Constantin Bălălu



Vicepreședinte
Senator Sorin Oprescu



ANEXA

Amendamente
La Propunerea legislativă privind asigurările sociale de sănătate

Nr. Crt.	TEXT ÎNȚIAL	AMENDAMENTE	MOTIVARE
1	Titlul propunerii legislative Lege privind asigurările sociale de sănătate	Nemodificat	
2	Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE	Nemodificat	
3	Art. 1. - (1) Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației. (2) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului specialist din ambulatoriu și a unității sanitare. (3) Pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate care acoperă riscuri individuale, în diferite situații speciale. Se pot organiza și societăți private de asigurări de sănătate. Aceste asigurări nu sunt obligatorii.	Art. 1. - (1) - nemodificat (2) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii, cu alegerea liberă a Casei de Asigurări și funcționează descentralizat pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu, a medicului curant și a unității sanitare. (3) Pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate care acoperă riscuri individuale, în diferite situații speciale.	Se extinde aria de aplicare a dreptului de liberă alegere al asiguratului. Trebuie combinat principiul solidarității și subsidiarității cu descentralizarea administrativă, și nu trebuie exclusă flexibilitatea în alegerea casei de asigurări de sănătate în cazul evoluțiilor viitoare de pe piața asigurărilor.

		<p>(4) Se pot organiza și case private de asigurări de sănătate. Aceste asigurări private sunt facultative.</p>	
4	<p>Art. 2. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate este un fond privat al statului.</p> <p>(2) Constituirea fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face din contribuția asiguraților, din contribuția persoanelor fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse.</p> <p>(3) Administrarea fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face pe baza unei legi proprii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.</p> <p>(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează și avizează proiectele de acte normative care au incidență asupra constituirii și utilizării fondului unic național de asigurări sociale de sănătate.</p>	<p>Art. 2. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate este un fond privat al asiguraților.</p> <p>(2) Nemodificat</p> <p>(3) Administrarea fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face pe baza unei legi proprii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în continuare CNAS, prin casele de asigurări de sănătate teritoriale.</p> <p>(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate propune sau avizează proiectele de acte normative care au incidență asupra constituirii și utilizării fondului unic național de asigurări sociale de sănătate.</p>	<p>Fond unic – deoarece există un singur ordonator principal de credite. Fond privat - pentru a-l diferenția specific de fondurile speciale menționate de Legea Finanțelor. Fond privat al asiguraților – pentru a sublinia constituirea din contribuția asiguraților, în aplicarea principiilor de solidaritate și subsidiaritate. Astfel definit trebuie să se supună controlului Parlamentului</p>
5	<p>Art. 3. - Asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii.</p>	<p>Art. 3. - Asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile legii.</p>	

	<p>c) înregistrarea numărului de solicitări de servicii medicale, prin codul furnizorului;</p> <p>d) diagnostice medicale cu risc vital;</p> <p>e) consimțământul referitor la donarea de țesuturi și organe</p>	<p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p>	
9	<p>Art. 6. - (1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurarea de sănătate, fără plata contribuției:</p> <p>a) toți copiii în vârstă de la 0 până la 18 ani; tinerii în vârstă de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă;</p> <p>b) soțul, soția, părinții și bunicii fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;</p> <p>c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, republicat, cu modificările și completările ulterioare, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate și constituite în prizonieri, prin Legea nr.44/1994, cu modificările și completările ulterioare, privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, precum și persoanele prevăzute la art. 2 din Legea nr. 42/1990, republicată cu modificările și completările ulterioare pentru cinstirea eroilor-martiri și</p>	<p>Art. 6. - (1) nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, republicat, cu modificările și completările ulterioare, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate și constituite în prizonieri, prin Legea nr.44/1994, cu modificările și completările ulterioare, privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, precum și persoanele</p>	

	<p>acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, dacă nu realizează alte venituri decât cele promovate din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii.</p> <p>(2) Sunt asigurate prin efectul prezentei legi cu scutire de la plata contribuției personale pentru asigurările sociale de sănătate, persoanele aflate în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia:</p> <p>a) satisfac serviciul militar în termen;</p> <p>b) se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lehozie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;</p>	<p>prevăzute la art. 2 din Legea nr. 42/1990, republicată cu modificările și completările ulterioare pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii.</p> <p>d) persoanele aflate în dificultate, homeless.</p> <p>(2) Sunt asigurate prin efectul prezentei legi cu scutire de la plata contribuției personale pentru asigurările sociale de sănătate, persoanele aflate în una dintre următoarele situații, pe durata acestora:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lehozie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani;</p> <p>c) părinții care au în îngrijire copilul până la 2 ani sau copilul handicapat până la 3 ani, în situația în care nu</p>	<p>Greșeală de redactare</p> <p>Se adaugă o nouă literă, notată cu d) care rezolvă o problemă actuală a societății.</p> <p>Corectitudine gramaticală</p> <p>După litera b) se introduce litera c) cu o nouă prevedere, astfel încât alin.(2) se renumerează.</p>
--	--	--	--

	<p>c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;</p> <p>d) fac parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat;</p> <p>e) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății și Familiei, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse;</p> <p>f) femeile însărcinate sau lehuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariu minim pe economie;</p> <p>g) persoanele cu handicap, care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse sau se află în îngrijirea familiei;</p> <p>h) medicii și personalul medical avizat, precum și salariații caselor de asigurări.</p>	<p>realizează venituri;</p> <p>lit. c) devine lit. d) nemodificat</p> <p>lit.d) devine lit. e) nemodificat</p> <p>lit.e) devine lit.f) memodificat</p> <p>Lit.f) devine lit. g) nemodificat</p> <p>Lit.g devine lit.h) nemodificat</p> <p>Litera h) a propunerii legislative se elimină</p>	<p>Prin renumerotare</p> <p>Nimic nu justifică includerea acestei categorii între cele scutite de plată, care sunt toate categorii în dificultate și/sau cu venituri foarte mici.</p>
10	<p>Art. 7. - Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:</p>	<p>Art. 7.- (1) Cetățenii statelor membre în UE</p>	<p>Potrivit Legii nr.296/2002 privind</p>

	<p>a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;</p> <p>b) cetățenii străini care se află temporar în țară.</p>	<p>beneficiază de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriul României pe baza asigurărilor pe care le dețin în țara de origine, în condițiile prevăzute de acordurile încheiate între România și țara respectivă.</p> <p>(2) Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane care nu se încadrează în prevederile alin.(1):</p> <p>a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;</p> <p>b) cetățenii străini care se află temporar în țară.</p>	<p>acordarea asistenței medicale în România cetățenilor străini în baza acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale de reciprocitate în domeniul sănătății la care România este parte.</p> <p>Art.7 al propunerii legislative devine alin.(2) al art.7 din prezentul raport</p>
11	<p>Art. 8. - (1) Obligația virării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate revine celui care angajează persoane salariate.</p> <p>(2) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații sunt obligate să depună la casele teritoriale de asigurări de sănătate declarații privind obligațiile ce le revin față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate ori de câte ori apar modificări în structura personalului și a</p>	<p>Art.8. – (1) nemodificat</p> <p>(2) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații sunt obligate să depună lunar la casele teritoriale de asigurări de sănătate declarații privind obligațiile ce le revin față de fondul unic național de asigurări</p>	

	cheltuielilor cu salariile.		<p>sociale de sănătate, dovada plății contribuției și ori de câte ori apar modificări în structura personalului și a cheltuielilor salariale.</p> <p>(3) Prevederile alin.(1) și alin.(2) se aplică și persoanelor care desfășoară activități independente potrivit legii.</p>	<p>La art.8 se adaugă un nou alineat notat cu(3),în care se precizează obligațiile acestei categorii de persoane</p>
12	<p>Art. 9. - (1) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de reședință în țară.</p> <p>(2) Cetățenii români cu domiciliul în străinătate își pot păstra calitatea de asigurat.</p>	<p>Art. 9. - (1) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de reședință în România.</p> <p>(2) se elimină</p>	<p>Nu mai este necesar.</p>	
13	<p><i>Secțiunea a 2-a</i></p> <p>DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURAȚILOR</p>	<p>Nemodificat</p>		
14	<p>Art. 10. - (1) Asigurații au dreptul la acordarea asistenței medicale constând în: servicii medicale, servicii de îngrijiri la domiciliu, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.</p> <p>(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, pentru anul viitor, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și se aprobă prin</p>	<p>Art.10. – (1) nemodificat</p> <p>(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, până la data de 31 octombrie a anului în curs, pentru anul viitor, cu</p>	<p>Modificare termen</p>	

<p>hotărâre a Guvernului, în condițiile prezentei legi. În cazul nefinalizării elaborării contractului-cadru până la data de 30 noiembrie, Ministerul Sănătății și Familiei elaborează și supune spre aprobare Guvernului proiectul contractului cadru.</p> <p>(3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale, cu privire la:</p> <p>a) pachetul minimal de servicii medicale și servicii de îngrijire a sănătății, stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;</p> <p>b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, a medicamentelor și a altor servicii pentru asigurați;</p> <p>c) parametrii calității și eficienței serviciilor;</p> <p>d) criteriile și modul de plată a serviciilor medicale;</p> <p>e) nivelul costurilor, tarifelor, modul de decontare și actele necesare în acest scop;</p> <p>f) asistența medicală primară;</p> <p>g) internarea și externarea bolnavilor;</p> <p>h) necesitatea și durata specializării;</p>	<p>avizul Ministerului Sănătății și Familiei și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în condițiile prezentei legi. În cazul nefinalizării elaborării contractului-cadru, Ministerul Sănătății și Familiei elaborează și supune spre aprobare Guvernului proiectul contractului cadru până la data de 30 noiembrie.</p> <p>(3)- nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nivelul costurilor sistemului;</p> <p>f) tarifele și modul de decontare și actele necesare în acest scop;</p> <p>lit.f) devine lit.g) nemodificată</p> <p>lit.g) devine lit.h) nemodificată</p> <p>lit.h) devine lit. și se modifică</p> <p>i) necesitatea și durata spitalizării;</p>	<p>Reformulat pentru o mai corectă exprimare</p> <p>La alin.3 dupa litera e) se adaugă un nou text notat cu f), urmând ca alin.(3) sa se renumereze</p> <p>Se face distincție între tarife și costuri</p> <p>Greșeală redactare</p>
---	--	---

	<p>i) asigurarea tratamentului spitalicesc cu măsuri de îngrijiri sau de recuperare;</p> <p>j) condițiile generale de acordare, de către spital, a tratamentului ambulatoriu;</p> <p>k) prescrierea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor de mers și de autoservire;</p> <p>l) condițiile și plata serviciilor de tehnică dentară;</p> <p>m) informarea corespunzătoare a asiguraților.</p> <p>(4) Reglementările prevăzute la alin. (3) lit.e se realizează prin consultarea reprezentanților furnizorilor de servicii medicale.</p> <p>(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România va elabora și aproba prin ordin comun, cu consultarea organismelor profesionale naționale, până la 30 decembrie a anului în curs, Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru.</p>	<p>lit.i) devine lit.j) și se modifică</p> <p>j) asigurarea tratamentului spitalicesc, măsuri de îngrijiri sau de recuperare;</p> <p>lit.j) devine lit.k) nemodificată</p> <p>lit.k) devine lit.l) nemodificată</p> <p>lit. l) devine lit.m) nemodificată</p> <p>lit.m) devine lit.n) nemodificată</p> <p>(4) Prevederile alin. (3) lit. f) se realizează prin consultarea reprezentanților furnizorilor de servicii medicale.</p> <p>(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România va elabora și aproba prin ordin comun, cu consultarea organismelor profesionale naționale, până la 20 decembrie a anului în curs, Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru.</p>	<p>Pentru corelare cu lit.f) din prezentul raport</p> <p>Modificare termen</p>
--	--	---	--

15	<p>Art. 11. - (1) Asigurații au dreptul la îngrijire medicală, în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege.</p> <p>(2) Asigurații au următoarele drepturi:</p> <p>a) să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și unitatea spitalicească ce le va acorda serviciile medicale;</p> <p>b) să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;</p> <p>c) să-și schimbe medicul de familie ales după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;</p> <p>d) să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;</p> <p>e) să beneficieze de un control profilactic în fiecare an;</p> <p>f) să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;</p> <p>g) să beneficieze de asistență medicală în ambulatorii și spitale acreditate;</p>	<p>Art.11. – (1) nemodificat</p> <p>(2) Asigurații au următoarele drepturi:</p> <p>a) să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și medicul curant din unitatea spitalicească ce le va acorda serviciile medicale;</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) să beneficieze de un control profilactic în fiecare an în funcție de sex și grupa de vârstă căreia îi aparține;</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p>	<p>Pentru corelare cu art.1 alin. (2) din prezentul raport.</p> <p>Litera e) se completează pentru ca acest control profilactic să fie adaptat în funcție de sexul și vârsta asiguratului</p>
----	--	---	---

	<p>h) să beneficieze de servicii medicale de urgență; i) să beneficieze de servicii de asistență stomatologică; j) să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare; k) să beneficieze de proteze, orteze, dispozitive de mers și autoservire și alte în condițiile legii; l) să beneficieze de servicii și îngrijiri medicale la domiciliu, conform contractului-cadru; m) să beneficieze de asistență medicală pre-, intra- și postnatală.</p>	<p>h) nemodificat i) nemodificat j) nemodificat k) să beneficieze de proteze, orteze, dispozitive de mers și autoservire și alte materiale specifice; l) să beneficieze de servicii și îngrijiri medicale la domiciliu; m) nemodificat</p>	<p>Greșeală redactare Se elimină sintagma "conform contractului-cadru;"</p>
16	<p>Art.12. - (1) Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute de prezenta lege, sunt următoarele: a) să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii; b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate; c) să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite; d) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurat; e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant;</p>	<p>Art.12. - (1) nemodificat a) nemodificat b) nemodificat c) să se prezinte la controalele și acțiunile profilactice și la controalele periodice stabilite; d) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați; e) nemodificat</p>	<p>În materie de sănătate sunt și acțiuni profilactice nu doar controale</p>

	<p>f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;</p> <p>g) să achite contribuția datorată la fondul de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor prezentei legi;</p> <p>h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative de achitare a contribuției la fondul de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>i) să plătească contribuțiile, coplețiile și tarifele stipulate prin prevederi legale.</p> <p>(2) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat nu beneficiază de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate decît în cazul urgențelor medico-chirurgicale și pentru imunizările obligatorii prevăzute de Ministerul Sănătății și Familiei.</p>	<p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p> <p>h) nemodificat</p> <p>i) nemodificat</p> <p>(2) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat nu beneficiază de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, decît în cazul: urgențelor medico-chirurgicale, a bolilor cu potențial endemo-epidemic și pentru imunizările obligatorii prevăzute de Ministerul Sănătății și Familiei.</p>	<p>Pentru acoperirea unor boli cu impact social mare și cu consecințe financiare deosebite</p>
17	<p>Art.13. - Costurile serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul în vîrstă de pînă la 3 ani internat și pentru handicap de gr.I internată, sunt suportate de către casa de asigurări de sănătate, dacă, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de către aceasta și de Colegiul Medicilor din România, medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată</p>	<p>Art.13. - Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul în vîrstă de pînă la 3 ani internat și pentru însoțitorul persoanei cu handicap de gr.I internată, sunt suportate de către casa de asigurări de sănătate, dacă, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de către aceasta și de Colegiul Medicilor din România, medicul consideră necesară</p>	Greșeală redactare

		prezența lor pentru o perioadă determinată	
18	<p>Art.14. - Fiecare asigurat primește anual, de la casa teritorială de asigurări de sănătate, un pliant în care sunt specificate serviciile de care beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, nivelul de contribuție și modalitatea de plată, precum și drepturile și obligațiile asiguratului.</p>	<p>Art.14. – Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an prin casele de asigurări de sănătate, asupra serviciilor de care beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, nivelul de contribuție și modalitatea de plată stabilite prin lege, precum și asupra drepturilor și obligațiilor asiguratului.</p>	<p>Reformulat pentru o mai corectă exprimare Asigurații au dreptul de a fi informați corect și complet în ceea ce privește rolul lor în cadrul sistemului.</p>
19	<p>Art.15 - (1) În serviciile medicale, suportate de casa de asigurări de sănătate, nu se includ:</p> <p>a) servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale și accidente de muncă;</p> <p>b) unele servicii medicale de înaltă performanță;</p> <p>c) unele servicii de asistență stomatologică;</p> <p>d) asistență medicală curativă la locul de muncă;</p> <p>e) servicii hoteliere cu grad înalt de confort.</p> <p>(2) Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c) și e) se stabilesc prin contractul-cadru.</p>	<p>Art.15 nemodificat</p>	
20	<p>Capitolul III</p> <p>SERVICIILE MEDICALE SUPTATE DIN FONDUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE</p>	<p>Nemodificat</p>	

	<p style="text-align: center;">Secțiunea 1.1</p> <p style="text-align: center;">SERVICIILE MEDICALE PROFILACTICE</p>		
21	<p>Art. 16. - (1) În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent de către casele de asigurări asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire.</p> <p>(2) În situația în care se constată noxe profesionale sau risc crescut de accidentare, casele de asigurări de sănătate au obligația de a anunța autoritățile responsabile cu protecția muncii și protecția mediului.</p> <p>(3) Ministerul Sănătății și Familiei împreună cu Casa Națională de Asigurări Medicilor din România, organizațiile profesionale naționale și organizații neguvernamentale elaborează și realizează programe de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul</p>	<p>Art. 16. - (1) În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent de către casele de asigurări asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire, asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcoolului și tutunului.</p> <p>(2) În situația în care se constată noxe profesionale sau risc crescut de accidentare, casele de asigurări de sănătate au obligația de a anunța Fondul Național de Asigurare pentru Accidente de Muncă și Boli Profesionale, precum și autoritățile responsabile cu protecția muncii și protecția mediului.</p> <p>(3) Ministerul Sănătății și Familiei împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, organizațiile profesionale naționale și organizații non-guvernamentale de profil elaborează și realizează programe de sănătate pentru</p>	<p>Alin.(1) al art.16 Se completează având în vedere importanța problemelor menționate.</p> <p>Corelare cu legea asigurărilor de accidente de muncă și boli profesionale.</p> <p>nu orice organizații nonguvernamentale pot participa la elaborarea unor programe de sănătate</p>

	<p>asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse.</p> <p>(4) Serviciile medicale preventive suportate din fondurile asigurărilor sociale de sănătate sunt următoarele:</p> <p>a) urmărirea evoluției sarcinii și a leuziei;</p> <p>b) urmărirea dezvoltării fizice și psiho-motorii a sugarului și a copilului;</p> <p>c) controale periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;</p> <p>d) servicii medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor;</p> <p>e) servicii medicale stomatologice preventive;</p> <p>f) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări;</p> <p>g) servicii de planificare familială.</p> <p>(5) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se stabilește în contractul cadru.</p>	<p>îmbunătățirea stării de sănătate a populației, finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse.</p> <p>(4) nemodificat</p> <p>a) urmărirea evoluției sarcinii și a leuziei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p> <p>(5) nemodificat</p>	<p>Pot fi și gravide care nu sunt asigurate</p>
22	<p>Art. 17. - Serviciile medicale stomatologice preventive se suportă de către casele de asigurări de sănătate, astfel:</p> <p>a) nelimitat, pentru copiii până la vârsta de 18 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la grădiniță fie la instituțiile de învățământ</p>	<p>Art. 17 - nemodificat</p>	

	preuniversitar respective; b) de două ori pe an, pentru tinerii în vârstă de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă; c) o dată pe an, pentru adulți.		
23	Art. 18. - (1) Asigurații în vârstă de peste 30 de ani au dreptul la un control în fiecare an, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate. Aceste afecțiuni se stabilesc în contractul-cadru. (2) Asigurații care nu efectuează controalele medicale periodice preventive, stabilite de către Colegiul Medicilor din România împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, sunt obligați să suporte 20% din contravaloarea serviciilor medicale decontate de casa de asigurări, de care beneficiază în anul calendaristic următor.	Art.18 - nemodificat	Pentru conștientizarea controlului preventiv și reducerea implicită a costurilor suportate de casa de asigurări.
24	Secțiunea 1.2. SERVICII MEDICALE CURATIVE	Nemodificat	
25	Art. 19. - (1) Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței pacientului, după caz. (2) Tratamentul medical se aplică de către medici, asistenți medicali și alt personal sanitar acreditat.	Art. 19. - (1) nemodificat (2) Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și alt personal sanitar acreditat sub supravegherea medicului.	Alin.(2) al art.19 se reformulează pentru o mai corectă exprimare

26	<p>Art. 20. - (1) Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate sunt:</p> <p>a) servicii medicale de urgență;</p> <p>b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene paraclinice și de laborator;</p> <p>c) tratamentul medicamentos, terapia de recuperare;</p> <p>d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă și igieno-dietetic;</p> <p>e) activități de suport: acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă sau îngrijirea copilului bolnav;</p> <p>f) materiale sanitare, proteze și orteze și alte mijloace terapeutice.</p> <p>(2) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se stabilește în contractul-cadru.</p>	<p>Art. 20. - (1) nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) tratamentul medicamentos, terapia de recuperare, integral în cazul spitalizării, și parțial în celelalte situații;</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) materiale sanitare, proteze , orteze și alte mijloace terapeutice.</p> <p>(2) nemodificat</p>	<p>Litera c) se completează, medicamentele și terapia de recuperare nu sunt suportate integral de sistemul de asigurări decât în cazul spitalizărilor</p> <p>Se elimină conjuncția "și"</p>
27	<p>(2) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se stabilește în contractul-cadru.</p> <p>Art. 21. - (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de specialitate ambulatorie, la indicația medicului de familie, cu respectarea liberei alegeri a medicului specialist acreditat. Asistența medicală de specialitate se acordă de către medicii specialiști.</p> <p>(2) Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitale acreditate, dacă tratamentul</p>	<p>Art. 21. - (1) nemodificat</p> <p>(2) nemodificat</p>	

	ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficace. (3) Serviciile oferite de spital se acordă prin spitalizare integrală sau parțială și/sau prin servicii și îngrijiri medicale la domiciliu și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă. (4) Asigurarea asistenței medicale spitalicești revine spitalului, potrivit contractului încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate. (5) Asistența medicală de recuperare se acordă în unități speciale, acreditate, pentru o perioadă și după un ritm stabilit de medicul curant în programul de reabilitare.	(3) Serviciile oferite de spital se acordă prin spitalizare integrală sau parțială și/sau prin servicii și îngrijiri medicale la domiciliu și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare , medicamente și materiale sanitare, cazare și masă. (4) – nemodificat (5) – nemodificat	
28	Art. 22. - Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul buco-maxilo-facial.	Art.22 - nemodificat	
29	Art. 23. - Tratamentele stomatologice se suportă din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, în proporție de 40% până la 60%, ținând seama de necesitatea respectării controalelor profilactice impuse de serviciul stomatologic. Aceste tratamente, în cazul copiilor în vârstă de până la 18 ani, se vor suporta din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate pe baza criteriilor stabilite în contractul cadru.	Art.23 - nemodificat	
30	<i>Sectiunea 1.3</i>	Nemodificat	

	<p>MEDICAMENTE, MATERIALE SANITARE, PROTEZE SI ALTE MIJLOACE TERAPEUTICE</p>		
31	<p>Art. 24. - (1) Lista cu medicamentele din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual, în baza contractului-cadru, de către Ministerul Sănătății și Familiei și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România.</p> <p>(2) Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor și adolescenților până la vârsta de 18 ani va fi suportat integral din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.</p> <p>(3) Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor ce beneficiază de asistență medicală gratuită, conform prevederilor unor legi speciale – Decretul – Lege nr. 118/1990, republicat, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 44/1994 cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 42/1990 republicată cu modificările și completările ulterioare – va fi suportat integral de la bugetul de stat.</p> <p>(4) Asigurații au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrilor și la alte materiale de specialitate în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.</p>	<p>Art. 24. - Lista cu medicamentele din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual, în baza contractului-cadru, de către Ministerul Sănătății și Familiei și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România.</p>	<p><i>Propunem ca Art.24 din alin.(1) propunerea legislativă să devină art.24 urmând ca alineatele (2),(3),(4),și (5) să se regăsească la art.25 din prezentul raport.</i></p>

	<p>(5) Asigurații beneficiază de tratament fizioterapeutic, masaj, gimnastică medicală și altele asemenea, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul de furnizare de servicii medicale.</p>		
32	<p>Art. 25. - (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani suportă:</p> <p>a) costul medicamentelor care se administrează în infecții ușoare ale căilor respiratorii, calmante, purgative, antiemetice;</p> <p>b) costul serviciilor medicale și ale materialelor sanitare acordate în cazul corecțiilor estetice;</p> <p>c) costul unor materiale sanitare necesare pentru corectarea auzului și văzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere.</p> <p>(2) Costurile medicamentelor, ale materialelor sanitare și ale mijloacelor terapeutice care se suportă de către asigurat sunt stabilite prin contractul-cadru.</p>	<p>Se elimină</p>	<p>Prevederile art.25 din propunerea legislativă se elimină, ele regăsindu-se la art.29 din raport,</p>
33		<p>După art.24 se adaugă un nou articol, notat cu Art.25 cu următorul conținut:</p> <p>Art.25.- (1) Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor și adolescenților până la vârsta de 18 ani va fi suportat integral din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.</p> <p>(2) Costul medicamentelor prescrise</p>	<p>Preluare din art.24 alin.(2), (3),(4) și (5)</p>

	<p>pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor ce beneficiază de asistență medicală gratuită, conform prevederilor unor legi speciale – Decretul – Lege nr. 118/1990, republicat, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 44/1994 cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 42/1990 republicată cu modificările și completările ulterioare – <u>va fi suportat integral din bugetul de stat și decontate centralizat o singură dată pe an către Fondul Unic Național de asigurări sociale de sănătate.</u></p> <p>(3) Asigurații au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrilor și la alte materiale de specialitate în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.</p> <p>(4) Asigurații beneficiază de tratament fizioterapeutic, masaje, gimnastică medicală și altele asemenea, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul de furnizare de servicii medicale</p>	<p>- sistemul de asigurări în orice domeniu este făcut pentru a suporta riscurile unora prin contribuția tuturor. De asemenea întreaga birocrație necesară evidențelor din sistemul de sănătate, inclusiv cel legat de costuri este bine să fie al sistemului principal de asigurare. Dar, pentru că legile speciale sunt supuse fluctuațiilor politice, statul este obligat să deconteze aceste cheltuieli suplimentare. Pur și simplu ar trebui prevăzut în bugetul de stat un transfer la bugetul asigurărilor de sănătate în acest scop.</p>
--	--	--

34	<p>Art. 26. - (1) Prețurile de referință folosite pentru decontarea valorii medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală sunt prevăzute în contractul cadru.</p> <p>(2) Ministerul Sănătății și Familiei aprobă la înregistrare prețurile CIP ale medicamentelor din import și le poate revizui periodic, dar nu la intervale mai mici de un an.</p> <p>(3) Ministerul Sănătății și Familiei aprobă prețurile de producător pentru medicamentele produse în România și stabilește metodologia de calcul a prețului de desfacere a medicamentelor, pornind de la prețurile CIP și respectiv cele de producător pentru producția internă.</p> <p>(4) Prețurile de vânzare cu ridicata și cu amănuntul pentru medicamente vor fi calculate de către agenții economici pornind de la prețurile CIP și respectiv de producător intern, pe baza prevederilor legale în vigoare.</p>	<p>Art. 26. - (1) nemodificat</p> <p>(2)- nemodificat</p> <p>(3) nemodificat</p> <p>(4)- nemodificat</p>	
35	<p><i>Secțiunea 1.4.</i></p> <p>SERVICII MEDICALE ȘI DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU</p>	Nemodificat	

36	<p>Art. 27. - (1) Asigurații au dreptul să primească servicii medicale și de îngrijiri la domiciliu din partea unui medic și/sau cadru mediu sanitar, dacă este necesar și indicat de medic.</p> <p>(2) Condițiile acordării serviciilor medicale și de îngrijiri la domiciliu se stabilesc în contractul-cadru.</p>	<p>Art.27 - nemodificat</p>	
37	<p><i>Secțiunea 1.5.</i></p> <p>ALTE SERVICII SPECIALE</p>	<p>Nemodificat</p>	
38	<p>Art. 28. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate preia cheltuielile de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat.</p> <p>(2) Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:</p> <p>a) urgențe medicale;</p> <p>b) cazurile prevăzute în contractul-cadru .</p>	<p>Art.28 - nemodificat</p>	
39	<p><i>Secțiunea 1.6.</i></p> <p>SERVICII MEDICALE CARE NU SUNT SUPORTATE DE FONDUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE</p>	<p>Nemodificat</p>	
40	<p>Art. 29. - (1) Serviciile medicale care nu sunt decontate din fondul de asigurări sociale de sănătate, costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitățile care le solicită sunt:</p> <p>a) medicamentele și materialele sanitare care nu</p>	<p>Art.29 - nemodificat</p>	

	<p>sunt stipulate în contractul-cadru;</p> <p>b) serviciile medicale și materialele sanitare acordate în cazul unor corecții estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;</p> <p>c) costul unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;</p> <p>d) o parte din costul protezelor și ortezelor;</p> <p>e) unele investigații de înaltă performanță;</p> <p>f) unele tipuri de transport;</p> <p>g) costurile hoteliere de confort sport;</p> <p>h) costurile hoteliere pentru însoțitorii asiguraților internați, exceptând persoanele care însoțesc copii 0 – 3 ani și însoțitorii persoanelor cu handicap de gradul I, în condițiile prevăzute de art.13;</p> <p>i) serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;</p> <p>j) serviciile medicale și actele medicale eliberate la solicitarea autorităților care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;</p> <p>k) serviciile medicale la domiciliul asiguratului, la solicitarea acestuia, care nu sunt stipulate în contractul-cadru.</p> <p>(2) Modul de acordare și de plată al acestor servicii sunt precizate în contractul-cadru.</p>	
41	<p><i>Secțiunea a 2-a.</i></p> <p>ASIGURAREA CALITĂȚII ȘI ACORDAREA SERVICIILOR MEDICALE</p>	Nemodificat

42	<p>Art. 30. - Asigurarea calității serviciilor medicale de care beneficiază asigurații se realizează prin acceptarea de către casele de asigurări de sănătate numai a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) instituțiilor medicale acreditate conform legii; b) medicilor, asistenților medicali și altor categorii de personal acreditat; c) unui sistem informațional corespunzător asigurării unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată; d) respectării criteriilor de evaluare a calității asistenței medicale și stomatologice, elaborate de către Colegiul Medicilor din România, conform legii; e) furnizorilor de servicii cu care încheie contracte, dacă sunt acreditați; f) utilizării, pentru tratamentul afecțiunilor, numai a medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente; g) utilizării materialelor sanitare, protezelor, ortezelor, dispozitivelor de mers și autoservire autorizate conform legii. 	<p style="text-align: center;">Art.30 - nemodificat</p>	
43	<p>Art. 31. - (1) Criteriile privind acordarea asistenței medicale asiguraților se elaborează de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se referă la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tratamentul medical; b) tratamentul stomatologic; c) acțiunile de depistare precoce a îmbolnăvirilor; d) procedeele medicale de recuperare eficace; e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, 	<p style="text-align: center;">Art.31 - nemodificat</p>	

	<p>proteze, transportul bolnavilor; f) eliberarea de certificate medicale și de rapoarte necesare atât caselor de asigurări de sănătate pentru îndeplinirea sarcinilor, cât și asiguraților pentru a beneficia de ajutoare de boală; g) măsurile de restabilire a fertilității unui cuplu; h) funcționarea unităților sanitare și dotarea lor corespunzătoare. (2) Aceste criterii sunt obligatorii pentru toți furnizorii de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.</p>		
44	<p>Art. 32. - În vederea respectării criteriilor de acordare a serviciilor medicale furnizate asiguraților, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București organizează controlul activității medicale împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și ale Colegiului Farmaciștilor din România. Controlul are la bază criteriile prevăzute la art. 30 și art.31.</p>	<p>Art. 32. - În vederea respectării criteriilor de acordare a serviciilor medicale furnizate asiguraților, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate teritoriale organizează controlul activității medicale împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și ale Colegiului Farmaciștilor din România. Controlul are la bază criteriile prevăzute la art. 30 și art.31.</p>	<p>Se înlocuiește sintagma "judetene și a municipiului București" cu "teritoriale".</p>
45	<p><i>Secțiunea a 3-a.</i></p> <p>ACȚIUNI COMUNE PENTRU SĂNĂTATE</p>	<p>Nemodificat</p>	
46	<p>Art. 33. - Ministerul Sănătății și Familiei proiectează, implementează și coordonează programe de sănătate publică, în scopul realizării</p>	<p>Art. 33. - Ministerul Sănătății și Familiei proiectează, implementează și coordonează programe de sănătate</p>	

	<p>unor obiective de sănătate, cu participarea tuturor instituțiilor cu răspundere în domeniul realizării politicii sanitare a statului. Obiectivele se stabilesc în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu Colegiul Medicilor din România, cu reprezentanți ai asociațiilor profesionale medicale, ai clinicienilor universitare, ai spitalelor, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor, precum și cu reprezentanți ai populației.</p>	<p>publică, în scopul realizării unor obiective de sănătate, cu participarea tuturor instituțiilor cu răspundere în domeniul realizării politicii sanitare a statului. Obiectivele se stabilesc în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu Colegiul Medicilor din România, cu reprezentanți ai asociațiilor profesionale medicale, ai spitalelor, ai clinicienilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor nonguvernamentale de profil, ai sindicatelor, ai patronatelor, precum și cu reprezentanți ai populației.</p>	<p>Corectare de termeni deoarece nu orice organizații nonguvernamentale pot participa la elaborarea unor programe de sănătate și includerea tuturor partenerilor sociali.</p>
47	<p>Art. 34. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate colaborează cu Ministerul Sănătății și Familiei și cu structurile similare din ministerele cu rețea sanitară proprie pentru realizarea serviciilor preventive care se finanțează de la bugetul de stat.</p> <p>(2) Aparatele de mare performanță se procură de către spitale și centrele de diagnostic și tratament, pe baza aprobării unei comisii a Ministerului Sănătății și Familiei, conform prevederilor bugetului de stat alocat.</p> <p>(3) Activitatea de învățământ și cercetare din cadrul spitalelor, din unitățile ambulatorii de specialitate și cabinetele medicale organizate conform legislației în vigoare, este suportată de la bugetul de stat.</p> <p>(4) Ministerul Sănătății și Familiei și Ministerul Muncii și Solidarității Sociale colaborează pentru susținerea activității de diagnostic, curative și de reabilitare de importanță națională în ceea ce</p>	<p>Art.34 - nemodificat</p>	

	privește recuperarea capacității de muncă, conform prevederilor bugetului de stat alocat.		
48	<p><i>Secțiunea a 4-a.</i></p> <p>ATRIBUȚIILE COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA ÎN DOMENIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE</p>	Nemodificat	
49	<p>Art. 35. - Colegiul Medicilor din România are, în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, următoarele atribuții:</p> <p>a) elaborează, împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>b) garantează, față de casele de asigurări de sănătate, criteriile de calitate a serviciilor medicale și controlează respectarea acestora;</p> <p>c) elaborează ghidurile de practică medicală;</p> <p>d) elaborează, împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate criteriile de acordare a asistenței medicale și stomatologice;</p> <p>e) participă împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate la controlul activității medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>f) participă la acreditarea personalului medical.</p>	Art.35- nemodificat	
50	<p><i>Secțiunea a 5-a.</i></p> <p>ACREDITAREA FURNIZORILOR DE SERVICII</p>	Nemodificat	

51	<p>MEDICALE, DE APARATURĂ, DE MEDICAMENTE ȘI MATERIALE SANITARE</p> <p>Art. 36. - (1) Pot intra în relație contractuală cu sistemul de asigurări sociale de sănătate numai medicii, farmaciștii, personalul mediu sanitar și alte categorii de personal, acreditați după cum urmează:</p> <p>a) medicii și alte categorii de personal cu studii superioare se acreditează de către comisiile paritare formate din colegiilor paritare formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București și direcțiilor județene de sănătate publică, respectiv a municipiului București;</p> <p>b) personalul sanitar cu studii medii se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți ai Direcțiilor județene de sănătate publică, respectiv ai municipiului București și ai Ordinului Asistenților Medicali;</p> <p>c) farmaciștii se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București și ai direcțiilor județene de sănătate publică, respectiv a municipiului București;</p> <p>(2) Regulamentul de funcționare al comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevăzuți la alin. (1) se elaborează de către comisiile de la nivel național, în termen de 60 de zile</p>	<p>Art. 36. - (1) <i>nemodificat</i></p> <p>a) medicii și alte categorii de personal cu studii superioare organizați conform prevederilor legale, se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București și direcțiilor județene de sănătate publică, respectiv a municipiului București;</p> <p>b) <i>nemodificat</i></p> <p>c) <i>nemodificat</i></p> <p>(2) Regulamentul de funcționare al comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevăzuți la alin. (1) se elaborează de către comisiile de la nivel</p>	<p>Precizare necesară pentru că medicii acreditați au poziții diferite în relația cu casa (instituția cabinetului medical pentru medicii de familie, respectiv persoane fizice pentru medicii specialişti).</p>
----	--	--	---

	<p>de la intrarea în vigoare a legii. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. a), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România și ai Ministerului Sănătății și Familiei. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. b), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Ordinului Asistenților Medicali din România. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. c), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ministerului Sănătății și Familiei.</p> <p>(3) Autorizarea furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare se face anual de către Ministerul Sănătății și Familiei. Metodologia de acreditare se stabilește prin ordin al Ministrului Sănătății și Familiei. Lista furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare autorizați este dată publicității anual.</p>	<p>național, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. a), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România și ai Ministerului Sănătății și Familiei. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. b), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Ordinului Asistenților Medicali din România. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la lit. c), Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ministerului Sănătății și Familiei.</p> <p>Nemodificat</p>	<p>Potrivit Legii nr.24/2000 privind normele de tehnică legislativă</p>
52	<p>Capitolul IV</p> <p>RELAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE, DE APARATURĂ ȘI DE MEDICAMENTE</p>	<p>Nemodificat</p>	
53	<p>Art. 37. - (1) Furnizorii de servicii medicale, potrivit</p>	<p>Art. 37. - (1) Furnizorii de servicii</p>	<p>Se elimină conjuncția</p>

	<p>prezentei legi, sunt medicii și personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitalele și alte unități sanitare care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>(2) Furnizorii de medicamente și materiale sanitare potrivit prezentei legi, sunt farmaciile, distribuitorii și producătorii de materiale sanitare care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>3) Furnizorii de aparatură medicală și dispozitive medicale sunt persoane fizice și juridice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei.</p>	<p>medicale, potrivit prezentei legi, sunt medicii, personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitalele și alte unități sanitare care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>(2) nemodificat</p> <p>(3) nemodificat</p> <p>(4) În conținutul prezentei legi, prin expresia “furnizorii de servicii” sunt cuprinși toți furnizorii prevăzuți la alin.(1), alin.(2) și alin.(3).</p>	<p>“și”</p> <p>Se adaugă un nou alineat, notat cu (4) pentru a elimina confuziile și totodată repetițiile din articolele legii.</p>
54	<p>Art. 38. - (1) Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate sunt de natură civilă, se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract, care se încheie anual. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale.</p> <p>(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să prezinte la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate asigurări de răspundere civilă</p>	<p>Art. 38. - (1) nemodificat</p> <p>(2) Furnizorii de servicii sunt obligați să prezinte, la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, asigurări</p>	<p>Toți furnizorii de servicii din domeniul asigurărilor medicale, nu doar medicii și personalul medical,</p>

	<p>în concordanță cu tipul de furnizor. Societățile de asigurări care oferă asigurări în domeniul medical trebuie să fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor.</p> <p>(3) Furnizarea serviciilor medicale are la bază stabilitatea contribuției asiguraților.</p>	de răspundere civilă în concordanță cu tipul de furnizor. Societățile de asigurări care oferă asigurări în domeniul medical trebuie să fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asiguraților.	sunt obligați să aibă de asigurări răspundere civilă.
55	<p>Art. 39. - Contractele tip pentru fiecare categorie de furnizor vor fi elaborate de comisii mixte, formate din reprezentanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, asociațiilor profesionale naționale de profil, Ministerul Sănătății și Familiei. Contractele tip sunt prevăzute în anexele contractului cadru, sunt negociate cu furnizorii, vor include, obligatoriu, clauzele negociate între furnizorul respectiv și casa teritorială de asigurări de sănătate la capitolul „Clauze negociate”.</p>	Art.39 - nemodificat	
56	<p>Art. 40. - Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii de servicii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.</p>	Art.40. - nemodificat	
57	<p>Art. 41. - Asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie se acordă de către medici, alte categorii de personal cu studii superioare, personal mediu sanitar, care funcționează într-una din formele de organizare prevăzute de lege.</p>	Art.41 - nemodificat	

58	<p>Art. 42. - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale contracte anuale pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.</p> <p>(2) La încheierea contractelor, părțile vor avea în vedere interesul asiguraților și vor ține seama de economicitatea, eficacitatea, eficiența și calitatea serviciilor oferite.</p>	Art.42 - nemodificat	
59	<p>Art. 43. - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte anuale cu furnizorii de servicii medicale, în baza contractului-cadru.</p> <p>(2) Prevederile contractului-cadru sunt date publicității pentru informarea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale;</p> <p>(3) Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale pot negocia clauze suplimentare ale contractului, în limitele legale.</p> <p>(4) Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind și obligațiile specifice ale furnizorilor de servicii medicale, legate de buna gestionare a fondurilor din bugetul asigurărilor sociale de sănătate, precum și clauze care să reglementeze condițiile de finanțare a furnizorilor de servicii medicale până la definitivarea contractului, pentru perioada următoare celei acoperite prin contract.</p> <p>(5) Casele de asigurări de sănătate vor controla modul în care furnizorii de servicii medicale respectă în gestionarea fondurilor, clauzele contractuale și bugetele aprobate. În acest scop, furnizorii care au contract cu casele de asigurări de</p>	<p>Art. 43. - (1) nemodificat</p> <p>(2) - nemodificat</p> <p>(3) – nemodificat</p> <p>(4) – nemodificat</p> <p>(5) - nemodificat</p>	

	sănătate au obligația să permită accesul fără restricții la evidențele financiar-contabile proprii, referitoare la contractul cu casa de asigurări.		
60	Art. 44. - Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin contractul-cadru.	Art.44 nemodificat	
61	Art. 45. - Decontarea serviciilor se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii, în limita fondului unic național de asigurări sociale de sănătate, indiferent de casa de asigurări la care s-a virat contribuția asiguratului.	Art. 45. - Decontarea serviciilor se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii, în limita fondului unic național de asigurări sociale de sănătate, indiferent de casa de asigurări la care s-a virat contribuția asiguratului, pe baza documentelor justificative stabilite prin contractul-cadru.	Decontarea serviciilor se face pe baza documentelor justificative care sunt stabilite conform contractului cadru
62	Art. 46. - Decontarea între casele de asigurări de sănătate este obligatorie și se face din fondurile proprii. În situații speciale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate aproba alocarea unor sume pentru decontare din fondul de redistribuire. Metodologia de decontare se stabilește prin ordin de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerul Finanțelor Publice.	Art. 46. - Decontarea între casele de asigurări de sănătate este obligatorie și se face din fondurile proprii. În situații speciale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate aproba alocarea unor sume pentru decontare din fondul de redistribuire. Metodologia de decontare se stabilește prin ordin de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.	Se elimină sintagma "cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerul Finanțelor Publice". Nici măcar în situațiile speciale un sistem de asigurare nu are nevoie de avizul statului pentru gestionarea fondurilor proprii. Statul trebuie

<p>să controleze gestionarea <u>legală</u> a banilor dintr-un sistem de asigurare de importanța celui de sănătate, dar nu poate hotărî modul de utilizare. De altfel chiar legea prevede că CNAS este autonom și sub control Parlamentar.</p>			63
<p>Pentru precizare și clarificare.</p> <p>Pentru precizare și clarificare.</p>	<p>Art. 47. - (1) Asigurarea asistenței medicale și a îngrijirii la domiciliul bolnavului se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unități specializate persoane fizice sau juridice acreditate în conformitate cu art.36 din prezenta lege. (2) nemodificat</p> <p>a) asistența medicală, se asigură, dacă este necesară și indicată de medic, de către medicul de familie sau de medicul de specialitate, după caz, precum și de alt personal sanitar acreditat, numai la recomandare și sub control medical;</p> <p>b) îngrijiri la domiciliu se acordă prin intermediul personalului acreditat să</p>	<p>Art. 47. - (1) Asigurarea asistenței medicale și a îngrijirii la domiciliul bolnavului se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unități specializate sau cu persoane fizice.</p> <p>(2) Serviciile de care beneficiază asigurații la domiciliu sunt:</p> <p>a) asistența medicală, care se asigură, dacă este necesară și indicată de medic, de către medicul de familie sau de medicul de specialitate, după caz, precum și de alt personal sanitar acreditat, numai la recomandare și sub control medical;</p> <p>b) îngrijiri la domiciliu care se acordă prin intermediul personalului acreditat să desfășoare</p>	

	<p>această activitate.</p> <p>(3) Serviciile la domiciliul asiguratului sunt acordate numai de personal acreditat și de organizații nonguvernamentale sau alte unități care au ca obiect de activitate acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu, autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei.</p> <p>(4) Criteriile de autorizare a unităților care efectuează aceste servicii, lista cuprinzând serviciile decontate de casele de asigurări de sănătate și modalitatea de contractare se elaborează de Ministerul Sănătății și Familiei și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și sunt prevăzute în Contractul-Cadru.</p>	<p>desfășoare această activitate.</p> <p>(3) Serviciile la domiciliul asiguratului pot fi acordate de personal acreditat și de organizații nonguvernamentale sau alte unități care au ca obiect de activitate acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu, autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei.</p> <p>(4) nemodificat</p>	
64	<p>Art. 48. - (1) Asistența medicală de urgență și alte tipuri de transporturi medicale se acordă prin serviciile de ambulanță avizate de Ministerul Sănătății și Familiei.</p> <p>(2) Plata acestor servicii se asigură pe baza contractului care se încheie între serviciile de ambulanță avizate și casele de asigurări de sănătate.</p>	<p>Art. 48. - (1) - nemodificat</p> <p>(2) Plata acestor servicii de ambulanță se asigură pe baza contractului încheiat între serviciile de ambulanță avizate cu casele de asigurări de sănătate.</p>	Pentru o mai corectă exprimare
65	<p>Capitolul V</p> <p>FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE</p> <p><i>Secțiunea 1</i></p> <p>CONSTITUIREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE</p>	Nemodificat	

66	<p>Art. 49. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate se formează din:</p> <p>a) contribuții ale persoanelor fizice și juridice, în părți egale;</p> <p>b) subvenții de la bugetul de stat și de la bugetele locale;</p> <p>c) alte venituri.</p> <p>(2) Colectarea contribuțiilor pentru asigurări sociale de sănătate se face de către casele teritoriale de asigurări de sănătate conform legii.</p>	<p>Art. 49. - (1) – nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>(2) Colectarea contribuțiilor pentru asigurările sociale de sănătate se face de către casele teritoriale de asigurări de sănătate prin structuri proprii sau de către un organism național de colectare.</p>	<p>Vine în întâmpinarea recomandării FMI și previne amendarea ulterioară a legii sub acest aspect.</p>
67	<p>Art. 50. - (1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările sociale de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6.</p> <p>(2) Cuantumul contribuției bănești lunare a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 7% care se aplică astfel:</p> <p>a) asupra veniturilor salariale brute, sau asupra altor venituri impozabile ori asupra venitului agricol anual, așa cum sunt ele definite și reglementate de legislația în vigoare;</p> <p>b) asupra drepturilor de pensie, pensie suplimentară, ajutor de șomaj, ajutor de integrare profesională și alocație de sprijin.</p> <p>(3) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se deduce din impozitul pe salariu sau după caz din impozitul pe venit ori din veniturile</p>	<p>Art. 50. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) – nemodificat</p> <p>a) – nemodificat</p> <p>b) - nemodificat</p> <p>(3) – se elimină</p>	<p>Nu este în concordanță cu realitatea.</p>

<p>nete, în cazul neimpozitării acestora și se virează la casele teritoriale de asigurări de sănătate.</p>	
68	<p>Art. 51. - (1) Persoanele juridice sau fizice care angajează personal salariat au obligația să rețină și să vireze casei de asigurări de sănătate teritoriale contribuția pentru sănătate datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă; acestea au obligația să anunțe casei de asigurări de sănătate orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor.</p> <p>(2) Persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate de 7%, raportat la fondul de salarii.</p>
	<p>Art. 51. - (1)- nemodificat</p> <p>(2)- nemodificat</p> <p>(3) Nerespectarea prevederilor alin.(1) și alin.(2) duce la blocarea cardului de asigurat. Modalitățile tehnice se stabilesc prin norme.</p>
	<p>Se adaugă un nou alineat,notat cu (3) pentru corelare cu art.5</p>

69	<p>Art. 52. - (1) Pentru pensionari, pentru beneficiarii ajutorului de șomaj, ajutor de integrare profesională și alocație de sprijin, contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se reține, odată cu plata drepturilor bănești asupra cărora se calculează, de către cei care efectuează plata acestor drepturi. Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se virează casei teritoriale de asigurări de sănătate la care este asigurată persoana în cauză.</p> <p>(2) Persoanele care nu sunt salariate și nu se încadrează în prevederile alin. (1), dar au obligația să își asigure sănătatea potrivit prevederilor prezentei legi, sunt obligate să comunice direct casei de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială își au domiciliul, veniturile impozabile, în vederea stabilirii și achitării contribuției de 7% pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit legii.</p> <p>(3) Persoanele care au obligația de a se asigura și nu pot dovedi calitatea de asigurat și plata contribuției, sunt obligate de a achita contribuția legală de la data de 1 ianuarie a anului primei solicitări de acordare a serviciilor medicale.</p>	<p style="text-align: center;">Art.52 - nemodificat</p>	
70	<p>Art. 53. - (1) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la art. 6 se suportă astfel:</p> <p>a) de către bugetul de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (1) lit.c, art. 2 lit. a), lit. c), lit. d), lit. e) și lit. f);</p>	<p>Art. 53. - (1) – nemodificat</p> <p>a) de către bugetul de stat, pentru persoanele prevăzute la art.6 alin. (1) lit.c) și lit.d), art.6 alin.(2) lit.a), lit.d), lit.e) și lit.g);</p>	<p>Pentru corelare cu art.6 din prezentul raport</p>

	<p>b) de către bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) lit. b);</p> <p>c) de către fondul pentru solidaritate socială pentru persoanele prevăzute la art.6 lit. g).</p> <p>(2) Contribuțiile pentru persoanele prevăzute la art. 6 se stabilesc prin aplicarea cotei de 7% asupra sumei reprezentând valoarea a două salarii minime brute pe economie.</p>	<p>b) de către bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) lit. b) și lit.c);</p> <p>c) de către fondul pentru solidaritate socială pentru persoanele prevăzute la art.6 alin.(2) lit. h).</p> <p>(2) - nemodificat</p>	<p>Potrivit normelor de tehnică legislativă</p>
<p>71</p>	<p>Art. 54. - (1) Angajatorii și asigurații care au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit prevederilor prezentei legi, și care nu o respectă, datorează majorări pentru perioada de întârziere, egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor.</p> <p>(2) În cazul neachitării la termen, potrivit legii, a contribuțiilor datorate fondului unic național de asigurări sociale de sănătate Casa Națională de Asigurări de Sănătate, direct sau prin casele de asigurări de sănătate, precedează la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor cuvenite bugetului asigurărilor sociale de sănătate și a majorărilor de întârziere, potrivit legislației în vigoare.</p>	<p>Art.54 - nemodificat</p>	

	<p>(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în condițiile prevăzute de lege:</p> <p>a) Norme metodologice privind desfășurarea activității de executare silită a creanțelor datorate la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>b) Norme tehnice pentru acordarea de stimulente personalului propriu și al caselor de asigurări de sănătate teritoriale.</p>		
72	<p>Art. 55. - Bugetul de stat suportă următoarele cheltuieli:</p> <p>a) pentru investițiile legate de construirea unor unități sanitare și pentru aparatura medicală de mare performanță ;</p> <p>b) pentru activitatea de diagnostic, curativă și de reabilitare de importanță națională ;</p> <p>c) pentru recuperarea capacității de muncă ;</p> <p>d) pentru persoanele fără venituri sau cu venituri sub salariul minim pe economie, care necesită activități de prevenire, de diagnostic, de terapie și de reabilitare în cazul afecțiunilor transmisibile, prevăzute în programele naționale elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei.</p>	<p>Art. 55.-</p> <p>a) pentru investițiile legate de construirea unor unități sanitare și pentru achiziționarea și instalarea aparaturii medicale de mare performanță ;</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p>	<p>Precizează destinația banilor din bugetul de stat</p>
73	<p>Art. 56. - Asigurații suportă unele plăți privind costul medicamentelor furnizate și al unor servicii medicale corespunzător reglementărilor stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, potrivit criteriilor prevăzute în contractul cadru.</p>	<p>Art.56 - nemodificat</p>	

74	<p style="text-align: center;"><i>Secțiunea a 2-a.</i></p> <p style="text-align: center;">UTILIZAREA ȘI ADMINISTRAREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂȚATE</p>	nemodificat	
75	<p>Art. 57. - (1) Veniturile fondului unic național de asigurări sociale de sănătate colectate de casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se utilizează pentru:</p> <p>a) plata serviciilor medicale prestate de furnizori, a medicamentelor, a materialelor sanitare, a protezelor și ortezelor conform contractelor de furnizare;</p> <p>b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a 5% din veniturile colectate la nivel național;</p> <p>c) o cotă de 20% din totalul veniturilor colectate, se virează lunar în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București;</p> <p>(2) Bugetul centralizat al fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se aprobă de către Parlament, distinct de bugetul de stat, la propunerea Casei Naționale de Asigurări de</p>	<p>Art. 57. - (1) Veniturile fondului unic național de asigurări sociale de sănătate colectate de casele de asigurări de sănătate teritoriale se utilizează pentru:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a 5% din veniturile colectate;</p> <p>c) o cotă de 20% din totalul veniturilor colectate, se virează lunar în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către casele de asigurări de sănătate teritoriale;</p> <p>d) fond de rezervă propriu în cotă de 1 % din veniturile proprii colectate de casa teritorială</p> <p>(2) Bugetul centralizat al fondului unic național de asigurări sociale de sănătate însoțit de proiectele de buget de venituri și cheltuieli ale caselor</p>	<p>La art.57 alin.(1) se adaugă un text nou, notat cu d) Fond la dispoziția casei teritoriale</p> <p>Se verifică modul de elaborare.</p>

	<p>Sănătate.</p> <p>(3) Repartizarea pe capitole de cheltuieli se realizează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform legii.</p> <p>(4) Proiectele bugetelor de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se definitivează și se aprobă în condiții de echilibru financiar de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la propunerea acestora.</p> <p>(5) Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este ordonator principal de credite, iar președinții-directorii generali ai celorlalte case de asigurări sunt ordonatori secundari de credite.</p>	<p>teritoriale se aprobă de către Parlament, distinct de bugetul de stat, la propunerea CNAS.</p> <p>(3) nemodificat</p> <p>(4) Bugetele de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale se definitivează și se aprobă în condiții de echilibru financiar de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la propunerea acestora.</p> <p>(5) nemodificat</p>	
76	<p>Art. 58. - (1) Sumele constituite și virate conform art. 57 lit. b) și lit. c), în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se utilizează pentru:</p> <p>a) fondul de rezervă propriu în cotă de până la 17%;</p> <p>b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în cotă de maxim 5%;</p> <p>c) fondul de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări de sănătate cu dezechilibre financiare, care se calculează potrivit datelor</p>	<p>Art. 58. - (1) Sumele constituite și virate conform art. 57 alin.(1) lit. c), în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se utilizează pentru:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate în cotă de maxim 5%;</p> <p>c) fondul de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări de sănătate cu dezechilibre financiare,</p>	<p>Conform normelor de tehnică legislativă</p> <p>Pentru mai multă precizie</p> <p>Conform normelor de tehnică legislativă, la începutul aliniatului</p>

	<p>demografice, de morbiditate și complexității serviciilor medicale.</p> <p>(2) Fondul de redistribuire poate fi folosit și pentru completarea sumelor necesare decontării între casele teritoriale de asigurări de sănătate.</p> <p>(3) Criteriile pe baza cărora se calculează sumele alocate din fondul de redistribuire, prevăzute la alin. (1) lit. c), se stabilesc prin ordin comun al Ministrului Sănătății și Familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>care se calculează potrivit datelor demografice, de morbiditate și complexității serviciilor medicale.</p> <p>(2) – nemodificat</p> <p>(3) - nemodificat</p>	<p>se inserează litera c)</p>
77	<p>Art. 59. - (1) Fondurile neutilizate la finele anului se reportează în anul următor, cu destinația prevăzută la art. 57.</p> <p>(2) Fondului de rezervă al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate neutilizat la finele anului, i se stabilește destinația de utilizare de către Consiliul de Administrație al acesteia.</p>	<p>Art. 59. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) – se elimină</p>	<p>Este prevăzut la alin.1</p>
78	<p>Art. 60. - (1) Colectarea și depozitarea sumelor destinate fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face prin intermediul unor bănci comerciale autorizate de Banca Națională, și aprobate de Parlament.</p> <p>(2) Consiliile de administrație ale caselor județene, a municipiului București, respectiv al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, decid asupra băncilor comerciale prin care se derulează fondurile proprii, cu respectarea prevederilor alin. (1).</p>	<p>Art. 60. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) Consiliile de administrație ale caselor teritoriale, respectiv al al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, decid asupra băncilor comerciale prin care se derulează fondurile proprii, cu respectarea prevederilor alin. (1).</p>	

	<p>(3) Sumele realizate din dobânzile acordate de banci se constituie în fonduri de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale, respectiv ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>		
79	<p>Capitolul VI</p> <p>ORGANIZAREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</p> <p><i>Secțiunea 1.</i></p> <p>CONSTITUIREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</p>	<p>(3) Sumele realizate din dobânzile acordate de banci se constituie în fonduri de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale, respectiv ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	nemodificat
80	<p>Art. 61. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate este instituție publică autonomă, de interes național, sub controlul Parlamentului, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.</p> <p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează prin:</p> <p>a) casele de asigurări de sănătate județene;</p> <p>b) casa de asigurări de sănătate a municipiului București;</p>	<p>Art. 61. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează prin casele teritoriale astfel:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p>	<p>Alin.(2) se completează, cu 2 prevederi noi, notate cu c) și d), astfel că se impune</p>

<p>c) oficii teritoriale ale caselor teritoriale;</p>	<p>c) casa asigurărilor de sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței</p> <p>d) casa asigurărilor de sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești</p> <p>e) oficiile teritoriale ale caselor teritoriale</p>	<p>renumerotarea literelor.</p>
<p>(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează pe baza unui statut aprobat de Parlament. Casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, funcționează pe baza unui statut propriu, care respectă prevederile Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și este aprobat de către aceasta.</p> <p>Statutele prevăzute la alin. (3) trebuie să conțină prevederi referitoare la:</p> <p>a) denumirea și sediul casei de asigurări de sănătate respective;</p> <p>b) relațiile casei de asigurări de sănătate respective cu alte case și oficiile teritoriale;</p> <p>c) structura, drepturile și obligațiile organelor de conducere;</p> <p>d) modul de adoptare a hotărârilor în Consiliul de Administrație și relația dintre acesta și conducerea executivă a casei;</p>	<p>(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează pe baza unui statut aprobat de Parlament. Casele teritoriale de asigurări de sănătate funcționează pe baza unui statut propriu, care respectă prevederile Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și este aprobat de către aceasta.</p> <p>(4) Statutele prevăzute la alin. (3) trebuie să conțină prevederi referitoare la:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p>	<p>Potrivit normelor de tehnică legislativă, la începutul alineatului se inserează cifra (4)</p>

	<p>e) alte prevederi.</p> <p>(4) Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt instituții publice autonome, de interes local, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, cu bugete proprii, care funcționează sub coordonarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(5) Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București colectează contribuțiile la fondul asigurărilor sociale de sănătate pe raza de competență și gestionează cotele din fondul unic național de asigurări de sănătate alocate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea normelor elaborate de aceasta, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.</p>	<p>(5) Casele de asigurări de sănătate teritoriale sunt instituții publice autonome, de interes local, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, cu bugete proprii, care funcționează sub coordonarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(6) Casele de asigurări de sănătate teritoriale colectează contribuțiile la fondul asigurărilor sociale de sănătate pe raza de competență și gestionează cotele din fondul unic național de asigurări de sănătate alocate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea normelor elaborate de aceasta, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.</p>	<p>Prin renumerotare alin.(4) devine alin.(5), modificat</p> <p>Prin renumerotare alin.(5) devine alin.(6), modificat</p>
81	<p>Art. 62. - Pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează consilii de experți, care elaborează proiecte de norme metodologice pentru acordarea serviciilor medicale, aprobate de către comisia mixtă a Casei Naționale de Sănătate și Colegiului Medicilor din România.</p>	<p>Art.62 - nemodificat</p>	
82	<p>Secțiunea a 2-a</p> <p>ORGANIZAREA ADMINISTRATIVĂ</p>	<p>Nemodificat</p>	
83	<p>Art. 63. - Asigurările sociale de sănătate se organizează prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București și prin oficiile</p>	<p>Art. 63. - Asigurările sociale de sănătate se organizează prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate teritoriale și prin</p>	

84	<p>lor teritoriale.</p> <p>Art. 64. - Casele de asigurări de sănătate și a municipiului București pot avea, la nivelul orașelor, al municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, precum și al altor localități, oficii de asigurări de sănătate, dacă numărul asiguraților este de cel puțin:</p> <p>a) 200.000 pentru orașele, municipiile și sectoarele municipiului București;</p> <p>b) 50.000 în teritoriul arondat.</p>	<p>oficiile lor.</p> <p>Art. 64. - Casele de asigurări de sănătate teritoriale pot avea, la nivelul orașelor, al municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, precum și al altor localități, oficii de asigurări de sănătate, dacă numărul asiguraților este de cel puțin:</p> <p>a) neterminat</p> <p>b) neterminat</p>	
85	<p><i>Secțiunea a 3 –a</i></p> <p>ATRIBUȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI</p>	<p>neterminat</p>	
86	<p>Art. 65. - Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:</p> <p>a) să administreze fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate în cooperare cu casele teritoriale de asigurări de sănătate;</p> <p>b) să elaboreze și să implementeze procedurile și formularele unitare cu Ministerul Sănătății și Familiei pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;</p>	<p>Art.65 - Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:</p> <p>a) finanțează servicii oferite de sistemul de sănătate</p> <p>lit.a) devine lit.b) neterminată</p> <p>lit.b) devine lit. c) și se modifică:</p> <p>c) să elaboreze, să implementeze și să gestioneze procedurile și formularele unitare cu Ministerul Sănătății și Familiei pentru administrarea sistemului de</p>	<p>La art.65 se inserează o nouă prevedere notată cu a), urmând ca art.-65 să se renumereze</p>

	<p>c) întocmește și actualizează registrul unic de evidență a asiguraților;</p> <p>d) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;</p> <p>e) să aibă responsabilitatea politicilor sistemului de asigurări sociale de sănătate față de Parlament, Ministerul Sănătății și Familiei și față de asigurați;</p> <p>f) să coopereze cu Ministerul Sănătății și Familiei în elaborarea și punerea în practică a programelor de sănătate finanțate de la bugetul de stat, din bugetul asigurărilor de sănătate și din alte surse;</p> <p>g) să elaboreze, în cooperare cu Colegiul Medicilor din România, proiectul contractului-cadru pe care îl va supune spre aprobare Guvernului;</p> <p>h) să elaboreze, împreună cu Colegiul Medicilor din România, criteriile privind acordarea îngrijirilor de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;</p>	<p>asigurări sociale de sănătate; lit.c) devine lit.d) nemodificată</p> <p>lit.d) devine lit.e) nemodificată</p> <p>lit.e) devine f) și se modifică: f) să răspundă pentru politicile proprii sistemului de asigurări sociale de sănătate față de asigurați și în fața Parlamentului.</p> <p>lit.f) devine lit.g) și se modifică: g) să coopereze cu Ministerul Sănătății și Familiei în elaborarea și punerea în practică a programelor de sănătate finanțate de la bugetul de stat și din alte surse;</p> <p>lit.g) devine lit.h) nemodificată</p> <p>lit.h) devine lit.i) nemodificată</p>	<p>În conformitate cu art.61</p>
--	--	---	----------------------------------

	<p>i) să participe anual, în cooperare cu Ministerul Sănătății și Familiei, la elaborarea listei de medicamente eliberate cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripțiilor medicale, pentru persoanele asigurate;</p> <p>j) să emită reglementări privind plata suplimentară (coplata) de către persoanele asigurate pentru unele servicii medicale;</p> <p>k) să administreze bunurile mobile și imobile achiziționate, în conformitate cu legea, din activitatea proprie a Casei, din subsidii, sau din alte surse;</p> <p>l) să administreze bunurile mobile și imobile achiziționate, în conformitate cu legea, din activitatea proprie a Casei, din subsidii, sau din alte surse;</p> <p>m) să asigure organizarea unor sisteme informaționale interne ale caselor teritoriale de asigurări de sănătate și de înregistrare a datelor statistice generale, privind starea de sănătate a populației. Indicatorii folosiți în raportarea datelor în sistemul de sănătate sunt unitari și se stabilesc de către Ministerul Sănătății și Familiei, Casa Națională de Asigurări de</p>	<p>Lit. i) devine lit. j) nemodificată</p> <p>Lit. j) devine k) și se modifică: k) să emită reglementări privind plata suplimentară – coplata - de către persoanele asigurate pentru unele servicii medicale;</p> <p>lit. k) devine lit. l) nemodificată</p> <p>lit. l) devine lit. m) nemodificată</p> <p>lit. m) devine lit. n) și se modifică: n) să asigure organizarea unor sisteme informaționale interne ale caselor teritoriale de asigurări de sănătate și de înregistrare a datelor statistice generale, privind starea de sănătate a populației.</p>	
--	--	--	--

	<p>Sănătate și Colegiul Medicilor din România;</p> <p>n) oferă informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;</p> <p>o) alte atribuții prevăzute de acte normative.</p>	<p>Se adaugă un nou text, notat cu o)</p> <p>o) să stabilească împreună cu Ministerul Sănătății și Familiei și Colegiul Medicilor din România sistemul unitar de indicatori folosiți în raportarea datelor în cadrul sistemului de sănătate.</p> <p>Lit.n) devine lit.p) și se modifică:</p> <p>p) să ofere informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;</p> <p>lit.o) devine lit.r) reformulată:</p> <p>r) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.</p>	
87	<p>Art. 66. - Atribuțiile caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt următoarele:</p> <p>a) să colecteze contribuțiile pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>b) să administreze bugetele proprii;</p> <p>c) înregistrează, actualizează și comunică Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele</p>	<p>Art. 66. –nemodificat</p> <p>a) să colecteze sau să participe la colectarea contribuțiilor pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) să înregistreze, să actualizeze și comunice Casei Naționale de Asigurări de</p>	<p>Atribuțiile principale este corect să fie introduse în lege Corelare cu art.49. alin.(2)</p> <p>Pentru unitate în redactare</p>

	<p>referitoare la asigurați;</p> <p>d) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;</p> <p>e) să recurgă la orice demers legal pentru a optimiza colectarea contribuțiilor și recuperarea creanțelor restante la contribuții pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>f) să furnizeze informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și a serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;</p> <p>g) să administreze bunurile casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legii;</p> <p>h) să negocieze, să încheie și să administreze contractele cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru;</p> <p>i) să monitorizeze costurile serviciilor medicale furnizate;</p> <p>j) să reprezinte sistemul de asigurări sociale de sănătate în cadrul politicii de sănătate promovate de instituțiile statului;</p> <p>k) să participe, împreună cu celelalte structuri abilitate, la identificarea problemelor de sănătate specifice teritoriului și să decidă asupra zonelor defavorizate sau cu condiții speciale;</p>	<p>Sănătate datele referitoare la asigurați;</p> <p>d) să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p> <p>h) să negocieze, să încheie și să finanțeze contractele cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru;</p> <p>i) nemodificat</p> <p>j) nemodificat</p> <p>k) nemodificat</p>	<p>Se precizează obligația casei de a asigura finanțarea</p>
--	--	--	---

	I) alte atribuții prevăzute de acte normative.	I) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sanitar.	
88	Secțiunea a 4 –a ORGANELE DE CONDUCERE	nemodificat	
89	Art. 67. – (1) Organele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt: a) consiliul de administrație; b) președintele și vicepreședintele; c) directorul general. (2) În conducerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pot fi numite persoane care îndeplinesc următoarele condiții minimale : a) sunt cetățeni români și au domiciliul pe teritoriul României; b) au calitatea de asigurat; c) vârsta minimă 30 de ani la data numirii; d) nu au cazier judiciar.	Art. 67. – (1) - nemodificat a) nemodificat b) nemodificat c) nemodificat (2) În conducerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pot fi numite persoane care îndeplinesc următoarele condiții: a) nemodificat b) să aibă calitatea de asigurat; c) nemodificat d) nu au cazier judiciar sau financiar.	Se elimină cuvântul “minimale”, neadecvat contextului Pentru a feri de conducerea CNAS de persoane care au datorii față de stat.
90	Art. 68. - (1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constituie din 17 membri, aleși de către Camera Deputaților și Senat în ședință comună, pentru o durată de 4 ani, după cum urmează:	Art. 68. - (1)- Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constituie din 19 membri, aleși de către Camera Deputaților și Senat în ședință comună, pentru o durată	Practica europeană este aceea că reprezentanții asiguraților sunt cel puțin 51% din

	<p>a) 3 membri din partea Guvernului, reprezentând Ministerul Sănătății și Familiei, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Finanțelor Publice, la propunerea primului ministru;</p> <p>b) 2 membri numiți de Președintele României;</p> <p>c) 4 membri numiți de Parlament, câte 2 de fiecare Cameră, la propunerea celor 2 comisii de specialitate;</p> <p>d) 3 membri din partea asociațiilor patronale reprezentative la nivel național;</p> <p>e) 3 membri din partea organizațiilor sindicale reprezentative la nivel național;</p> <p>f) 2 membri din partea asociațiilor asigurătorilor, reprezentative la nivel național;</p> <p>(2) Persoanele propuse pentru Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate vor fi audiate și avizate de către Comisiile de specialitate ale celor două Camere ale Parlamentului.</p> <p>(3) Sunt reprezentative la nivel național asociațiile patronale și organizațiile sindicale care îndeplinesc condițiile prevăzute de Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, republicată.</p> <p>(4) Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocării din cauze prevăzute de lege, sau decesului, se numesc noi membri, aleși în aceleași</p>	<p>de 5 ani, după cum urmează:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) 4 membri din partea asociațiilor asigurătorilor, reprezentative la nivel național;</p> <p>(2) nemodificat</p> <p>(3) nemodificat</p> <p>(4) nemodificat</p>	<p>consiliul de administrație. Mărirea numărului acestor reprezentanți este necesară mai ales că s-a eliminat consiliul reprezentanților.</p>
--	---	--	---

	condiții, până la expirarea mandatului în curs.		
91	<p>Art. 69. - (1) Președintele consiliului de administrație este și președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și este ales de către Parlament, din rândul membrilor consiliului de administrație.</p> <p>(2) Consiliul de administrație are 2 vicepreședinți, aleși din rândul membrilor consiliului de administrație, de către consiliul de administrație, cu votul a două treimi din numărul acestora.</p> <p>Vicepreședinții consiliului de administrație sunt și vicepreședinți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(3) Președintele și vicepreședinții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, pe perioada exercitării mandatului lor.</p>	<p>Art.69 nemodificat</p>	
92	<p>Art. 70. - (1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 13 din numărul membrilor săi.</p> <p>(2) Hotărârile consiliului de administrație se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.</p> <p>(3) Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.</p>	<p>Art. 70. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) nemodificat</p> <p>(3) Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora și a gestiona strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.</p>	

93	<p>Art. 71. - (1) Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este ordonator principal de credite și reprezintă Casa Națională de Asigurări de Sănătate în relațiile cu terții și pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate.</p> <p>(2) Atribuțiile vicepreședinților se stabilesc prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii.</p> <p>(3) Președintele poate delega puteri de reprezentare oricărui vicepreședinte.</p>	<p>Art.71 nemodificat</p>	
94	<p>Art. 72. - (1) Conducerea executivă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este exercitată de către directorul general.</p> <p>(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pentru o perioadă de 5 ani.</p> <p>(3) Metodologia de organizare a concursului și criteriile de selecție sunt stabilite de Consiliul de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>Art. 72. - (1) – nemodificat</p> <p>(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pentru o perioadă de 4 ani.</p> <p>(3) nemodificat</p>	
95	<p>Art. 73. - (1) Pe timpul executării mandatului, președintele și cei doi vicepreședinți sunt salariați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în baza unui contract de muncă pe o perioadă determinată. Aceștia nu pot exercita pe durata mandatelor lor nici o altă funcție sau demnitate, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior.</p>	<p>Art.73 - nemodificat</p>	

	<p>(2) Membrii consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai acesteia și nu pot ocupa funcții în structurile executive ale sistemului caselor de asigurări de sănătate. Aceștia nu pot exercita activități la societăți comerciale sau alte unități care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.</p>		
96	<p>Art. 74. - (1) Salarizarea și alte drepturi ale președintelui și vicepreședinților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se stabilesc după cum urmează:</p> <p>a) pentru președinte la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de ministru;</p> <p>b) pentru vicepreședinți la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de secretar de stat.</p> <p>(2) Salariul și celelalte drepturi ale directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se stabilesc la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de secretar general de minister.</p> <p>(3) Membrii consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate beneficiază de o indemnizație lunară de până la 20% din salariul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile prezentei efective la ședințele consiliului de administrație.</p>	<p>Art.74 - nemodificat</p>	
97	<p>Art. 75. - (1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuții:</p> <p>a) elaborează propuneri pentru modificarea</p>	<p>Art. 75. - (1) – nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p>	

<p>Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și le supune aprobării Parlamentului;</p> <p>b) aprobă proiectul bugetului fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și-l supune aprobării Parlamentului;</p> <p>c) aprobă rapoartele de gestiune trimestriale și anuale, prezentate de Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și contul de încheiere a exercițiului bugetar;</p> <p>d) aprobă proiectul contractului-cadru;</p> <p>e) supune aprobării Parlamentului bilanțul contabil, descărcarea gestiunii anului precedent pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pentru casele teritoriale de asigurări de sănătate;</p> <p>f) aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări sociale de sănătate.</p> <p>g) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.</p> <p>(2) Consiliul de administrație se întrunește lunar, la convocarea Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Consiliul de administrație se poate întruni și în ședințe extraordinare, la cererea președintelui sau a cel puțin 1/3 din numărul</p>	<p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) supune aprobării Parlamentului bilanțul contabil, descărcarea gestiunii anului precedent pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pentru casele teritoriale de asigurări de sănătate în baza raportului Curții de Conturi;</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) să armonizeze structura și statutul de funcționare al caselor de asigurări de sănătate din subordine;</p> <p>h) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.</p> <p>(2) nemodificat</p>	<p>Se precizează rolul Curții de Conturi</p> <p>Se adaugă o nouă prevedere notată cu g)</p> <p>Prevederile literei g) din propunerea legislativă se regăesc la litera h) din prezentul raport</p>
--	---	---

	<p>membrilor săi.</p> <p>(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate adoptă hotărâri.</p>	(3) nemodificat	
98	<p>Art. 76. - (1) Atribuțiile principale ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:</p> <p>a) exercită atribuțiile prevăzute de legislația în vigoare în calitate de ordonator principal de credite;</p> <p>b) organizează și coordonează activitatea de audit pe ansamblul sistemului de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>c) participă ca invitat la ședințele Guvernului în care sunt dezbătute aspecte referitoare la sănătatea populației;</p> <p>d) asigură executarea hotărârilor consiliului de administrație;</p> <p>e) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul de execuție al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și președinții-directorii generali ai caselor teritoriale de asigurări de sănătate;</p> <p>f) alte atribuții stabilite prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(2) În exercitarea atribuțiilor ce-i revin, precum și pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordine. Acestea devin executorii după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate. Ordinele cu caracter</p>	Art.76 - nemodificat	

	<p>normativ emise în aplicarea prezentei legi vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.</p>		
99	<p>Art. 77. - (1) Persoanele angajate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casele de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București sunt funcționari publici, în condițiile Legii nr. 188/1999, cu modificările și completările ulterioare, privind statutul funcționarilor publici.</p> <p>(2) Salariul și celelalte drepturi ale personalului de la alin. (1) sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare aplicabile funcționarilor publici.</p>	<p>Art. 77. - (1) Persoanele angajate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casele de asigurări de sănătate teritoriale sunt funcționari publici, în condițiile Legii nr. 188/1999, cu modificările și completările ulterioare, privind statutul funcționarilor publici.</p> <p>(2) nemodificat</p>	
100	<p>Art. 78. - (1) Organismele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București sunt: consiliul de administrație, președintele – director general</p> <p>(2) Consiliul de administrație este alcătuit din 11 membri, din care 10 sunt desemnați după cum urmează:</p> <p>a) 2 de consiliul județean, respectiv consiliul general al municipiului București;</p> <p>b) 2 de prefect la propunerea Direcției de Sănătate Publică, Direcției Generale a Finanțelor și Direcției Muncii;</p> <p>c) 2 de asociațiile patronale reprezentative la nivel</p>	<p>Art. 78. - (1) Organismele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale sunt:</p> <p>a) consiliul de administrație,</p> <p>b) președinte – director general</p> <p>(2) nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p>	<p>Conform normelor de tehnică legislativă, după alin.(1) se vor insera literele a și b</p>

	<p>național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p>d) 2 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p>e) 2 de asociațiile asiguraților, desemnați prin consens.</p> <p>(3) Postul de director general al caselor judetene de asigurări de sănătate și a municipiului București, se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza metodologiei aprobate de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei judetene de asigurări de sănătate, respectiv a municipiului București și președinte al acestuia.</p> <p>(4) Președintele-Director general al casei teritoriale de asigurări de sănătate se numește prin Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru un mandat de 4 ani.</p> <p>Retribuția președintelui-director general este stabilită de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.</p> <p>(5) Mandatul membrilor consiliului de administrație</p>	<p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>(3) Postul de director general al caselor de asigurări de sănătate teritoriale, se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza metodologiei aprobate de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei de asigurări de sănătate teritoriale și președinte al acestuia.</p> <p>(4) Președintele-Director general al casei teritoriale de asigurări de sănătate se numește prin Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru un mandat de 4 ani, după validarea concursului.</p> <p>Retribuția președintelui-director general este stabilită de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.</p> <p>(5) nemodificat</p>	<p>Sucesiune logică</p>
--	--	---	-------------------------

	<p>al caselor de asigurări este de 4 ani.</p> <p>Membrii consiliului de administrație al caselor teritoriale de sănătate beneficiază de o indemnizație lunară de până la 20% din salariul președintelui-director general al casei respective, în condițiile prezentei efective la ședințele consiliului de administrație.</p> <p>(6) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit.</p> <p>(7) Pe funcțiile rămase vacante ca urmare a demisiei, a revocării, a decesului sau a altor prevederi ale legii sunt numiți noi membri, până la expirarea mandatului în curs.</p> <p>(8) Atribuțiile consiliului de administrație al caselor judetene și ale casei municipiului București sunt stabilite de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în concordanță cu prevederile prezentei legi.</p> <p>(9) Consiliul de administrație ia hotărâri prin vot, în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor, cu minim 7 voturi.</p> <p>(10) Ședințele consiliului de administrație sunt publice, cu excepția cazurilor în care membrii consiliului decid prin vot ca acestea să se desfășoare cu ușile închise. Problemele legate de buget se vor discuta întotdeauna în ședințe publice.</p> <p>(11) Președintele – Director General al casei teritoriale de asigurări de sănătate este ordonator secundar de credite și se subordonează ordonatorului principal de credite, care este</p>	<p>(6) nemodificat</p> <p>(7) nemodificat</p> <p>(8) Atribuțiile consiliului de administrație al caselor teritoriale sunt stabilite de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în concordanță cu prevederile prezentei legi.</p> <p>(9) nemodificat</p> <p>(10) nemodificat</p> <p>(11) nemodificat</p>	
--	--	---	--

	<p>președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(12) Atribuțiile principale ale președintelui – director general și ale consiliului de administrație sunt:</p> <p>a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare și de funcționare și procedurile administrative unitare;</p> <p>b) organizează și coordonează activitatea de control al execuției contractelor de furnizare de servicii medicale;</p> <p>c) organizează și coordonează activitatea de control a colectării contribuțiilor la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, potrivit competențelor conferite prin lege;</p> <p>d) propune programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silită, potrivit legii;</p> <p>e) stabilește și aprobă politica de contractare, în limita competențelor conferite de lege, cu respectarea contractului-cadru;</p> <p>f) organizează împreună cu alte structuri abilitate, controale privind respectarea drepturilor asiguraților și aplică sancțiuni pentru nerespectarea acestora;</p> <p>g) supraveghează și controlează organizarea și funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivel teritorial și prezintă anual rapoarte, pe care le dă publicității.</p>	<p>(12) nemodificat</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) organizează și coordonează activitatea de urmărire și control a colectării contribuțiilor la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, potrivit competențelor conferite prin lege;</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) stabilește și aprobă politici segmentare de contractare, în limita competențelor conferite de lege, cu respectarea contractului-cadru;</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p>	<p>Pentru autonomie și flexibilitate în rezolvarea situațiilor locale.</p>
--	---	--	--

101	<p style="text-align: center;">Secțiunea a 5 - a</p> <p style="text-align: center;">SERVICIUL MEDICAL AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</p>	nemodificat	
102	<p>Art. 79. - (1) În cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate funcționează serviciul medical, format din 7 medici, care este condus de un medic șef.</p> <p>(2) La casele de asigurări de sănătate judetene funcționează un serviciu medical format din 3-5 medici, în raport cu numărul asiguraților, respectiv 7 la nivelul casei municipiului București, și este condus de un medic șef.</p> <p>(3) Funcția de medic șef al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al caselor de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii și pe baza unei metodologii aprobate de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>Art. 79. - (1) - nemodificat</p> <p>(2) La casele de asigurări de sănătate teritoriale funcționează un serviciu medical format din 3-5 medici, în raport cu numărul asiguraților, respectiv 7 la nivelul casei municipiului București, și care este condus de un medic șef.</p> <p>(3) Funcția de medic șef al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al caselor de asigurări de sănătate teritoriale se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii și pe baza unei metodologii aprobate de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	
103	<p>Art. 80. - (1) Serviciul medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate reprezintă interesele asiguraților, cu privire la acordarea serviciilor oferite de către toți furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate</p>	<p style="text-align: center;">Art.80 . - nemodificat</p>	

	<p>corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, aflați în relații contractuale cu sistemul caselor de asigurări de sănătate.</p> <p>(2) Criteriile privind acordarea asistenței medicale pentru asigurați se elaborează de către serviciul medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România și se actualizează ori de câte ori este nevoie.</p> <p>Acestea vor fi clauze ale contractelor de furnizare de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.</p> <p>(3) Atribuțiile serviciului medical sunt stabilite prin Statutul casei de asigurări de sănătate.</p>		
104	<p>Art.81. - Medicul șef al serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobă, împreună cu președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cuantumul tarifelor utilizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, având preocuparea de a asigura condițiile financiare necesare realizării calității actului medical.</p>	Art.81 - nemodificat	
105	<p><i>Secțiunea a 6-a</i></p> <p>OBLIGAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</p>	nemodificat	
106	<p>Art.82. - Obligațiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:</p> <p>a) să asigure logistica funcționării unitare și</p>	Art.82. a) nemodificat	

	<p>coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>b) să urmărească colectarea și folosirea fondurilor asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>c) să asigure decontările obligatorii între casele de asigurări de sănătate, în vederea respectării dreptului asiguratului de alegere a medicului, indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care are contract medicul sau la care virează contribuția asiguratului;</p> <p>d) să folosească orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;</p> <p>e) să acopere nevoile de servicii de sănătate ale persoanelor asigurate, în limita fondurilor disponibile;</p> <p>f) acordă stimulente pentru furnizorii de servicii medico-farmaceutice din zonele defavorizate.</p>	<p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) să acorde stimulente pentru furnizorii de servicii medico-farmaceutice din zonele defavorizate.</p>	<p>Pentru unitate în redactare</p>
107	<p>Art.83. - Obligațiile caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt următoarele:</p> <p>a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii, conform contractelor încheiate cu aceștia;</p> <p>b) să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor contractate și prestate asiguraților, în maxim 30 de zile de la data raportării, în caz contrar urmând a suporta penalitățile prevăzute în contract;</p> <p>c) să acorde furnizorilor de servicii sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a</p>	<p>Art.83. - Obligațiile caselor de asigurări de sănătate teritoriale sunt următoarele:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p>	

	<p>activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației în vigoare;</p> <p>d) să informeze furnizorii de servicii asupra condițiilor de contractare și să accepte negocierea clauzelor contractuale;</p> <p>e) să informeze furnizorii asupra condițiilor de furnizare de servicii și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora, cu cel puțin 30 de zile înainte de aplicarea modificării;</p> <p>f) să asigure un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare, conform prevederilor art. 65. lit.k);</p> <p>g) să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;</p> <p>h) să transmită situațiile statistice și alte activități raportate de furnizorii de servicii către instituțiile interesate, respectiv Direcțiilor de Sănătate Publică, Centrelor de Statistică, Inspectoratului Sanitar de Stat, cu respectarea prevederilor prevăzute în art. 65 lit.k);</p> <p>i) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii, precum și evidența asiguraților și a carnetelor distribuite;</p> <p>j) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin Direcțiile de Sănătate Publică, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai</p>	<p>d) nemodificat</p> <p>e) nemodificat</p> <p>f) nemodificat</p> <p>g) nemodificat</p> <p>h) nemodificat</p> <p>i) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii, precum și evidența asiguraților și a cardurilor distribuite;</p> <p>j) nemodificat</p>	<p>Greșeală redactare</p>
--	---	---	---------------------------

	<p>pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare;</p> <p>k) să informeze furnizorii de servicii, trimestrial, asupra sumelor colectate și a modalității folosirii fondurilor colectate.</p>	k) nemodificat	
108	<p>Capitolul VII</p> <p>CONTROLUL <i>Secțiunea 1.</i></p> <p>CONTROLUL DE GESTIUNE</p>	nemodificat	
109	<p>Art.84. - Controlul de gestiune al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București se face anual de către Curtea de Conturi.</p>	<p>Art.84. - Controlul de gestiune al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate teritoriale se face anual de către Curtea de Conturi.</p>	
110	<p>Art.85. - Auditul intern se va exercita asupra tuturor activităților desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de casele de asigurări de sănătate judetene și a municipiului București precum și a modului de utilizare a sumelor din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, de către terți, indiferent de natura juridică a acestora, în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr.119/1999 privind auditul public intern și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare.</p>	<p>Art.85. - Auditul intern se va exercita asupra tuturor activităților desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de casele de asigurări de sănătate teritoriale precum și a modului de utilizare a sumelor din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, de către terți, indiferent de natura juridică a acestora, în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr.119/1999 privind auditul public intern și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare.</p>	
111	<p><i>Secțiunea a 2-a.</i></p>		

CONTROLUL SERVICIILOR MEDICALE		nemodificat	
112	Art.86. - Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România organizează comisii de control ale serviciilor medicale care se acordă asiguraților.	Art.86. - nemodificat	
113	Secțiunea a 3-a. ARBITRAJUL	nemodificat	
114	Art.87. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România organizează Comisia Centrală de Arbitraj. (2) Comisia Centrală de Arbitraj este formată din 4 arbitri, din care 2 delegați numiți de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și 2 delegați numiți de către Colegiul Medicilor din România. (3) Președintele Comisiei Centrale de Arbitraj va fi un arbitru acceptat de ambele părți.	Art.87. - nemodificat	
115	Art.88. - (1) Arbitrii pot fi medici, juriști sau economiști, acreditați și înregistrați de Ministerul Justiției. Persoanele care se află în raporturi contractuale de muncă cu casele de asigurări de sănătate sau colegiile medicilor nu pot fi arbitri. (2) Regulamentul de activitate al arbitrilor se stabilește de către Ministerul Justiției.	Art.88. - (1) Arbitrii pot fi medici, juriști sau economiști, acreditați și înregistrați de Ministerul Justiției. Persoanele care se află în raporturi contractuale de muncă cu casele de asigurări de sănătate sau cu colegiile medicilor nu pot fi arbitri. (2) - nemodificat	Pentru o corectă exprimare
116	Art.89. - Hotărârile Comisiei Centrale de Arbitraj sunt obligatorii pentru toate părțile ale căror litigii se soluționează de către aceasta.	Art.89. - nemodificat	

117	Capitolul VIII RĂSPUNDERI ȘI SANCTIUNI	nemodificat	
118	Art.90. - Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.	Art.90. – nemodificat	
119	Secțiunea 1. INFRACTIUNI	nemodificat	
120	Art.91. - Fapta persoanei care dispune utilizarea în alte scopuri și nevirarea la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate a contribuției de asigurări sociale de sănătate, reținută de la asigurări, constituie infracțiune de deturnare de fonduri, și se pedepsește conform prevederilor art. 302 Cod penal.	Art.91. – nemodificat	
121	Art.92. - Completarea declarației prevăzută la art. 8 alin. (2) cu date nereale, având ca efect denaturarea evidențelor privind asigurării, stagiul de cotizare sau contribuțiile față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, constituie infracțiune de fals intelectual și se pedepsește conform prevederilor art.289 Cod penal.	Art.92. - Completarea declarației prevăzută la art. 8 alin. (2) cu date nereale, având ca efect denaturarea evidențelor privind asigurării, stagiul de cotizare sau contribuțiile față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, constituie infracțiune de fals intelectual și se pedepsește conform prevederilor art.289 Cod penal.	Greșeală redactare
122	Secțiunea a 2-a CONTRAVENTII	nemodificat	
123	Art.93. - Constituie contravenții următoarele fapte:		

	<p>a) nedepunerea la termen a declarației prevăzută la art. 8 alin. (2);</p> <p>b) nevirarea contribuției de asigurări sociale de sănătate datorate conform art.51 alin. (2) de către persoanele fizice și juridice angajatoare;</p> <p>c) refuzul de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate, a documentelor justificative și a actelor de evidență necesare în vederea stabilirii obligațiilor la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>d) refuzul de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate a documentelor financiar-contabile justificative și a actelor de evidență financiar-contabilă privind modul de utilizare a sumelor decontate din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.</p>	Art.93. - nemodificat	
124	<p>Art.94. - Contravențiile prevăzute la art. 93 se sancționează după cum urmează:</p> <p>a) cele prevăzute la lit. a) și c), cu amendă de la 5.000.000 lei la 10.000.000 lei;</p> <p>b) cele prevăzute la lit. b) și d) cu amendă de la 30.000.000 lei la 50.000.000 lei.</p>	Art.94. - nemodificat	
125	Art.95. - Nivelul amenzilor prevăzute la art. 94 va fi actualizat prin hotărâre a Guvernului.	Art.95. – nemodificat	
126	Art.96. - Constatarea contravențiilor și aplicarea amenzilor se fac de organele de control ale caselor de asigurări de sănătate.	Art.96. – nemodificat	

127	Art.97. - Amenzile contravenționale aplicate conform prezentei legi constituie venituri la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.	Art.97. - nemodificat	
128	Art.98. - (1) Dispozițiile prezentei legi referitoare la stabilirea și sancționarea contravențiilor se completează cu prevederile Ordonanței Guvernului 2/2001 privind sancționarea contravențiilor, cu modificările ulterioare. (2) Dispozițiile prezentei legi, referitoare la obligațiile față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate se completează cu prevederile Legii nr. 87/1994 pentru combaterea evaziunii fiscale.	Art.98. – nemodificat	
129	Capitolul IX	nemodificat	
130	DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII Art.99. - (1) Consiliile de Administrație ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București se constituie în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi. (2) În termen de 45 de zile de la constituirea consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate vor fi organizate concursurile pentru ocuparea funcției de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și președinte-director general al caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București. (3) Până la ocuparea prin concurs a funcțiilor	Art.99. - (1) Consiliile de Administrație ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor teritoriale de sănătate se constituie în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi. (2) nemodificat (3) nemodificat	

	<p>prevăzute la alin.(2), atribuțiile funcțiilor respective vor fi îndeplinite de cei aflați în funcțiile de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate respective la data intrării în vigoare a prezentei legi.</p>		
131	<p>Art.100. - (1) Membrii consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ale caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, precum și personalul angajat al acestor case, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății și Familiei, direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare, Colegiului Medicilor din România, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, Colegiului Farmaciștilor din România, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale din România sau funcții în cadrul companiilor de asigurări, companiile farmaceutice și de aparatură medicală.</p> <p>(2) Membrii consiliilor de administrație ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor teritoriale care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al doilea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație respectiv nu pot participa</p>	<p>Art.100. - (1) Membrii consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale, precum și personalul angajat al acestor case, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății și Familiei, direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare, funcții alese sau numite în cadrul Colegiului Medicilor din România, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, Colegiului Farmaciștilor din România, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale din România sau funcții în cadrul companiilor de asigurări, companiilor farmaceutice și companiilor de aparatură medicală.</p> <p>(2) nemodificat</p>	<p>Pentru redactare unitară</p> <p>Precizarea incompatibilităților, rezolvă problema cumulului de funcții și a conflictului de interese.</p>

	la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.		
132	<p>(3) Persoanele care, la data intrării în vigoare a prezentei legi se află într-una din incompatibilitățile prevăzute la alin. (1) vor opta pentru una dintre funcțiile ocupate în termen de 30 de zile.</p> <p>Art.101. - (1) Ministerul Sănătății și Familiei poate transmite în administrarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și, respectiv, a caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, bunuri mobile și imobile, pe bază de protocol.</p> <p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate gestionează și administrează bunurile mobile și imobile, dobândite, în condițiile legii, din activități proprii, subvenții, donații sau din alte surse.</p> <p>(3) Autoritățile publice centrale sau locale pot transmite, în condițiile prevăzute de lege, bunuri mobile și imobile în administrarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate prevăzute la alin. (1), pentru dezvoltarea activităților proprii.</p>	<p>(3) nemodificat</p> <p>Art.101. - (1) Ministerul Sănătății și Familiei poate transmite în administrarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și respectiv caselor de asigurări de sănătate teritoriale, bunuri mobile și imobile, pe bază de protocol.</p> <p>(2) nemodificat</p> <p>(3) nemodificat</p>	
133	Art.102. - Rețelele sanitare aparținând altor ministere își adaptează funcționarea la prevederile prezentei legi, în termen de 60 de zile.	Art.102. – nemodificat	
134	Art.103. - În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, pentru asigurarea serviciilor medicale, consiliile locale pot acorda stimulente în	Art.103. – În localitățile cu medici sau cu personal sanitar insuficient, pentru asigurarea serviciilor medicale,	În acord cu ordonanța 35/2002 și cu Legea nr.215/2001 privind

	natură și în bani.	consiliile locale pot acorda stimulente în natură sau în bani, precum și alte facilități, cu respectarea prevederilor legale privind administrația publică locală și cea privind stimulentele	administrația publică locală
135	Art.104. - Termenii utilizați în prezenta lege au înțelesul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta lege.	Art.104. – nemodificat	
136	Art.105. - La data intrării în vigoare a prezentei legi, se abrogă prevederile Legii asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.178 din 31 iulie 1997, cu modificările și completările ulterioare, și a tuturor hotărârilor Guvernului de aprobare a contractelor cadru și a ordinelor emise în aplicarea prevederilor acesteia precum și orice alte dispoziții contrare prevederilor prezentei legi.	Art.105. – (1) La data intrării în vigoare a prezentei legi, se abrogă prevederile Legii asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.178 din 31 iulie 1997, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare prevederilor prezentei legi. (2) Hotărârea Guvernului de aprobare a contractului cadru pe anul în curs, ordinele emise în aplicarea prevederilor acesteia, precum și contractele de furnizare de servicii în desfășurare își păstrează valabilitatea până la sfârșitul anului calendaristic.	La art.105 se adaugă un nou alineat,notat cu (2), pentru a se evita vidul legislativ și blocarea funcționării sistemului
137	Art.106. - Patrimoniul caselor de asigurări de sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Ministerului	Art.106. – se elimină	nu face obiectul legii

138	<p>Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței trece în proprietatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>ANEXĂ</p> <p>În contextul prezentei legi se aplică următoarele definiții:</p> <p>a) Serviciile medicale sau serviciile de îngrijire a sănătății sunt acele servicii și produse oferite de către instituții și organizații autorizate oficial și care sunt recunoscute de către Ministerul Sănătății și Familiei.</p> <p>b) Furnizorii sunt instituții sau întreprinzători autorizați oficial și recunoscuți de către Ministerul Sănătății și Familiei, care furnizează servicii.</p> <p>c) Pachetul minimal de servicii cuprinde serviciile medicale și serviciile de îngrijiri a sănătății care sunt acoperite integral de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.</p> <p>d) Autorizarea sau licențierea reprezintă un control al calificării formale și al respectării legislației existente și care trebuie să fie efectuat pentru toate tipurile de furnizori de îngrijiri de sănătate pentru a obține permisiunea de a furniza servicii de îngrijire a sănătății în România;</p> <p>e) Acreditarea este un proces voluntar de evaluare externă a calității serviciilor de sănătate, realizat de o organizație non-profit. Acreditarea conferă dreptul de a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, fiind o condiție obligatorie pentru încheierea contractului cu casele de</p>	<p>ANEXĂ</p> <p>(1) În cuprinsul prezentei legi se aplică următoarele definiții:</p> <p>a) nemodificat</p> <p>b) nemodificat</p> <p>c) nemodificat</p> <p>d) nemodificat;</p> <p>e) nemodificat</p>	<p>Greșeală redactare</p> <p>de</p>
-----	--	---	-------------------------------------

	<p>asigurări de sănătate.</p> <p>f) Contractarea este procedura care reglementează termenii de furnizare a serviciilor de către furnizori către cei asigurați de casele de asigurări.</p>	<p>f) nemodificat</p> <p>(2) Definițiile care pot exista în alte legi și care sunt diferite de cele prevăzute în alin.(1) nu se aplică în această lege.</p>	<p>Se adaugă un nou alineat,notat cu (2) pentru a se evita interpretarea definițiilor din alin. (1)</p>
139		<p>Pe tot cuprinsul propunerii legislative în locul denumirii Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se vor folosi inițialele CNAS.</p>	