



Parlamentul României
Senat

C ă t r e

BIROUL PERMANENT AL SENATULUI

În temeiul art.73 din Constituția României și al art.85 din Regulamentul Senatului, republicat, am înaintat pentru a fi supus dezbaterii și adoptării plenului Senatului Propunerea legislativă privind modificarea și completarea Legii asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997.

Cu adresa nr. L.554/15.01.2002, Secretarul General a solicitat punctul de vedere al Guvernului și al Consiliului Legislativ, acesta din urmă răspunzând prin adresa nr.28/26.01.2002.

Ca urmare a faptului că în avizul Consiliului Legislativ sunt numeroase observații pertinente, am întocmit o nouă formă a propunerii legislative, care o înlocuiește pe cea depusă anterior cu nr.1578/19.XII.2001.

Respectuos vă rog a fi supus dezbaterii și adoptării Plenului Senatului.

Senator Dr. Sorin Mircea Oprescu

CAMERA DEPUTAȚILOR**SENAT**

LEGE
Privind asigurările sociale de sănătate

Parlamentul României adoptă prezenta Lege :

Capitolul I

DISPOZIȚII GENERALE

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 de familie, 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. 2. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate este un fond privat al statului.

(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.

(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.

(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.

Art. 3. - Asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii.

Capitolul II

ASIGURAȚII

Secțiunea 1

PERSOANE ASIGURATE

Art. 4. - (1) Sunt asigurați, potrivit prezentei legii, toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au reședința în România.

În această calitate au obligația plății contribuției de asigurare, cu excepția categoriilor prevăzute în prezenta lege.

(2) Asigurații sunt acele categorii de persoane care își plătesc la zi contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, conform prezentei legi.

Art. 5. - (1) Calitatea de asigurat se dovedește cu cardul de asigurat.

(2) Metodologia și modalitățile de distribuire ale cardului se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Datele minime care vor fi înregistrate pe cardul de asigurat sunt:

- a) datele de identitate;
- b) dovada achitării contribuției pentru asigurările de sănătate;
- c) înregistrarea numărului de solicitări de servicii medicale, prin codul furnizorului;
- d) diagnostice medicale cu risc vital;
- e) consimțământul referitor la donarea de țesuturi și organe.

Art. 6. - (1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurarea de sănătate, fără plata contribuției:

- 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;
- b) soțul, soția, părinții și bunicii fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- 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 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.

(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:

- a) satisfac serviciul militar în termen;
- b) se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lehozare sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;

- c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;
- d) fac parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat;
- 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;
- f) femeile însărcinate sau lehuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariu minim pe economie;
- g) persoanele cu handicap, care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse sau se află în îngrijirea familiei;
- h) medicii și personalul medical avizat, precum și salariații caselor de asigurări.

Art. 7. - Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
- b) cetățenii străini care se află temporar în țară.

Art. 8. - (1) Obligația virării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate revine celui care angajează persoane salariate.

(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 cheltuielilor cu salariile.

Art. 9. - (1) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de reședință în țară.

(2) Cetățenii români cu domiciliul în străinătate își pot păstra calitatea de asigurat.

Secțiunea a 2-a

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURAȚILOR

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.

(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 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.

(3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale, cu privire la:

- a) pachetul minimal de servicii medicale și servicii de îngrijire a sănătății, stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, a medicamentelor și a altor servicii pentru asigurați;
- c) parametrii calității și eficienței serviciilor;

- d) criteriile și modul de plată a serviciilor medicale;
- e) nivelul costurilor, tarifelor, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- f) asistența medicală primară;
- g) internarea și externarea bolnavilor;
- h) necesitatea și durata specializării;
- i) asigurarea tratamentului spitalicesc cu măsuri de îngrijiri sau de recuperare;
- j) condițiile generale de acordare, de către spital, a tratamentului ambulatoriu;
- k) prescrierea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor de mers și de autoservire;
- l) condițiile și plata serviciilor de tehnică dentară;
- m) informarea corespunzătoare a asiguraților.

(4) Reglementările prevăzute la alin. (3) lit.e se realizează prin consultarea reprezentanților furnizorilor de servicii medicale.

(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.

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.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

- a) să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și unitatea spitalicească ce le va acorda serviciile medicale;
- 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;
- c) să-și schimbe medicul de familie ales după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- d) să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- e) să beneficieze de un control profilactic în fiecare an;
- f) să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) să beneficieze de asistență medicală în ambulatorii și spitale acreditate;
- 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 materiale de specialitate, 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.

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 modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurat;
 - e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant;
 - f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
 - g) să achite contribuția datorată la fondul de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor prezentei legi;
 - h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative de achitare a contribuției la fondul de asigurări sociale de sănătate;
 - i) să plătească contribuțiile, coplățile și tarifele stipulate prin prevederi legale.
- (2) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat nu beneficiază de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate decât în cazul urgențelor medico-chirurgicale și pentru imunizările obligatorii prevăzute de Ministerul Sănătății și Familiei.

Art.13. - Costurile serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul în vârstă de până 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 prezența lor pentru o perioadă determinată.

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.

Art.15 - (1) În serviciile medicale, suportate de casa de asigurări de sănătate, nu se includ:

- a) servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale și accidente de muncă;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) asistență medicală curativă la locul de muncă;
- e) servicii hoteliere cu grad înalt de confort.

(2) Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c) și e) se stabilesc prin contractul-cadru.

Capitolul III

SERVICII MEDICALE SUPORTATE DIN FONDUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Secțiunea 1.1

SERVICII MEDICALE PROFILACTICE

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.

(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.

(3) Ministerul Sănătății și Familiei împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul 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 asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse.

(4) Serviciile medicale preventive suportate din fondurile asigurărilor sociale de sănătate sunt următoarele:

- a) urmărirea evoluției sarcinii și a leuziei;
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psiho-motorii a sugarului și a copilului;
- c) controale periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- d) servicii medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor;
- e) servicii medicale stomatologice preventive;
- f) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări;
- g) servicii de planificare familială.

(5) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se stabilește în contractul cadru.

Art. 17. - Serviciile medicale stomatologice preventive se suportă de către casele de asigurări de sănătate, astfel:

- 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 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.

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.

Secțiunea 1.2.

SERVICII MEDICALE CURATIVE

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) Tratatamentul medical se aplică de către medici, asistenți medicali și alt personal sanitar acreditat.

Art. 20. - (1) Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate sunt:

- a) servicii medicale de urgență;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene paraclinice și de laborator;
- c) tratamentul medicamentos, terapia de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă și igieno-dietetic;
- e) activități de suport: acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă sau îngrijirea copilului bolnav;
- f) materiale sanitare, proteze și orteze și alte mijloace terapeutice.

(2) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se stabilește în contractul-cadru.

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.

(2) Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitale acreditate, dacă tratamentul 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.

Art. 22. - Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul buco-maxilo-facial.

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.

Sectiunea 1.3

MEDICAMENTE, MATERIALE SANITARE, PROTEZE SI ALTE MIJLOACE TERAPEUTICE

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.

(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.

(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.

(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.

(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.

Art. 25. - (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani suportă:

a) costul medicamentelor care se administrează în infecții ușoare ale căilor respiratorii, calmante, purgative, antiemetice;

b) costul serviciilor medicale și ale materialelor sanitare acordate în cazul corecțiilor estetice;

c) costul unor materiale sanitare necesare pentru corectarea auzului și văzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere.

(2) Costurile medicamentelor, ale materialelor sanitare și ale mijloacelor terapeutice care se suportă de către asigurat sunt stabilite prin contractul-cadru.

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.

(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.

(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.

(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.

Secțiunea 1.4.

SERVICII MEDICALE ȘI DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

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.

(2) Condițiile acordării serviciilor medicale și de îngrijiri la domiciliu se stabilesc în contractul-cadru.

Secțiunea 1.5.

ALTE SERVICII SPECIALE

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.

(2) Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

- a) urgențe medicale;
- b) cazurile prevăzute în contractul-cadru .

Secțiunea 1.6.

SERVICII MEDICALE CARE NU SUNT SUPTATE DE FONDUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE

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:

- a) medicamentele și materialele sanitare care nu sunt stipulate în contractul-cadru;
 - b) serviciile medicale și materialele sanitare acordate în cazul unor corecții estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;
 - c) costul unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
 - d) o parte din costul protezelor și ortezelor;
 - e) unele investigații de înaltă performanță;
 - f) unele tipuri de transport;
 - g) costurile hoteliere de confort sporit,
 - 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;
 - i) serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;
 - j) serviciile medicale și actele medicale eliberate la solicitarea autorităților care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
 - k) serviciile medicale la domiciliul asiguratului, la solicitarea acestuia, care nu sunt stipulate în contractul-cadru.
- (2) Modul de acordare și de plată al acestor servicii sunt precizate în contractul-cadru.

Secțiunea a 2-a.

ASIGURAREA CALITĂȚII ȘI ACORDAREA SERVICIILOR MEDICALE

Art. 30. - Asigurarea calității serviciilor medicale de care beneficiază asigurații se realizează prin acceptarea de către casele de asigurări de sănătate numai a:

- 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.

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:

- a) tratamentul medical;
 - b) tratamentul stomatologic;
 - c) acțiunile de depistare precoce a îmbolnăvirilor;
 - d) procedeele medicale de recuperare eficiente;
 - e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, 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.

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 județene 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.

Secțiunea a 3-a.

ACȚIUNI COMUNE PENTRU SĂNĂTATE

Art. 33. - Ministerul Sănătății și Familiei proiectează, implementează și coordonează programe de sănătate 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 clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor, precum și cu reprezentanți ai populației.

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.

(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.

(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.

(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 privește recuperarea capacității de muncă, conform prevederilor bugetului de stat alocat.

Secțiunea a 4-a.

TRIBUȚIILE COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA ÎN DOMENIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE

Art. 35. - Colegiul Medicilor din România are, în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, următoarele atribuții:

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;

b) garantează, față de casele de asigurări de sănătate, criteriile de calitate a serviciilor medicale și controlează respectarea acestora;

c) elaborează ghidurile de practică medicală;

d) elaborează, împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate criteriile de acordare a asistenței medicale și stomatologice;

e) participă împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate la controlul activității medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

f) participă la acreditarea personalului medical.

Secțiunea a 5-a.

ACREDITAREA FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE, DE APARATURĂ, DE MEDICAMENTE ȘI MATERIALE SANITARE

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:

a) medicii și alte categorii de personal cu studii superioare 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;

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;

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;

(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 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.

(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.

Capitolul IV

RELAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE, DE APARATURĂ ȘI DE MEDICAMENTE

Art. 37. - (1) Furnizorii de servicii medicale, potrivit 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.

(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.

(3) Furnizorii de aparatură medicală și dispozitive medicale sunt persoane fizice și juridice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei.

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.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să prezinte la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate asigurări 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.

(3) Furnizarea serviciilor medicale are la bază stabilitatea contribuției asiguraților.

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”.

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.

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.

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.

(2) La încheierea contractelor, părțile vor avea în vedere interesul asiguraților și vor ține seama de economicitatea, eficacitatea, eficiența și calitatea serviciilor oferite.

Art. 43. - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte anuale cu furnizorii de servicii medicale, în baza contractului-cadru.

(2) Prevederile contractului-cadru sunt date publicității pentru informarea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale;

(3) Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale pot negocia clauze suplimentare ale contractului, în limitele legale.

(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.

(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 sănătate au obligația să permită accesul fără restricții la evidențele financiar-contabile proprii, referitoare la contractul cu casa de asigurări.

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. 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. 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 această 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. 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.

(2) Serviciile de care beneficiază asigurații la domiciliu sunt:

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;

b) îngrijiri la domiciliu care se acordă prin intermediul personalului acreditat să desfășoare această activitate.

(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.

(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.

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.

(2) Plata acestor servicii se asigură pe baza contractului care se încheie între serviciile de ambulanță avizate și casele de asigurări de sănătate.

Capitolul V

FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE

Secțiunea 1

CONSTITUIREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Art. 49. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate se formează din:

a) contribuții ale persoanelor fizice și juridice, în părți egale;

b) subvenții de la bugetul de stat și de la bugetele locale;

c) alte venituri.

(2) Colectarea contribuțiilor pentru asigurări sociale de sănătate se face de către casele teritoriale de asigurări de sănătate conform legii.

Art. 50. - (1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările sociale de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6.

(2) Cuantumul contribuției bănești lunare a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 7% care se aplică astfel:

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;

b) asupra drepturilor de pensie, pensie suplimentară, ajutor de șomaj, ajutor de integrare profesională și alocație de sprijin.

(3) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se deduce din impozitul pe salariu sau după caz din impozitul pe venit ori din veniturile nete, în cazul neimpozitării acestora și se virează la casele teritoriale de asigurări de sănătate.

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.

(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.

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.

(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.

(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.

Art. 53. - (1) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la art. 6 se suportă astfel:

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);

b) de către bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) lit. b);

c) de către fondul pentru solidaritate socială pentru persoanele prevăzute la art.6 lit. g).

(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.

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.

(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, procedează la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor convenite bugetului asigurărilor sociale de sănătate și a majorărilor de întârziere, potrivit legislației în vigoare.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în condițiile prevăzute de lege:

Norme metodologice privind desfășurarea activității de executare silită a creanțelor datorate la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate;

Norme tehnice pentru acordarea de stimulente personalului propriu și al caselor de asigurări de sănătate teritoriale.

Art. 55. - Bugetul de stat suportă următoarele cheltuieli:

a) pentru investițiile legate de construirea unor unități sanitare și pentru aparatura medicală de mare performanță ;

b) pentru activitatea de diagnostic, curativă și de reabilitare de importanță națională ;

c) pentru recuperarea capacității de muncă ;

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.

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.

Secțiunea a 2-a.

UTILIZAREA ȘI ADMINISTRAREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

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:

a) plata serviciilor medicale prestate de furnizori, a medicamentelor, a materialelor sanitare, a protezelor și ortezelor conform contractelor de furnizare;

b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a 5% din veniturile colectate la nivel național;

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;

(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 Sănătate.

(3) Repartizarea pe capitole de cheltuieli se realizează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform legii.

(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.

(5) Președintele Casei naționale de Asigurări de Sănătate este ordonator principal de credite, iar președinții-directori generali ai celorlalte case de asigurări sunt ordonatori secundari de credite.

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:

a) fondul de rezervă propriu în cotă de până la 17%;
b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în cotă de maxim 5%;
fondul de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări de sănătate cu dezechilibre financiare, care se calculează potrivit datelor demografice, de morbiditate și complexității serviciilor medicale.

(2) Fondul de redistribuire poate fi folosit și pentru completarea sumelor necesare decontării între casele teritoriale de asigurări de sănătate.

(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.

Art. 59. - (1) Fondurile neutilizate la finele anului se reportează în anul următor, cu destinația prevăzută la art. 57.

(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.

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.

(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).

(3) Sumele realizate din dobânzile acordate de banci se constituie în fonduri de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, respectiv ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Capitolul VI

ORGANIZAREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Secțiunea 1.

CONSTITUIREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează prin:

- a) casele de asigurări de sănătate județene;
- b) casa de asigurări de sănătate a municipiului București;
- c) oficii teritoriale ale caselor teritoriale;

(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. Statutele prevăzute la alin. (3) trebuie să conțină prevederi referitoare la:

- a) denumirea și sediul casei de asigurări de sănătate respective;
- b) relațiile casei de asigurări de sănătate respective cu alte case și oficiile teritoriale;
- c) structura, drepturile și obligațiile organelor de conducere;
- d) modul de adoptare a hotărârilor în Consiliul de Administrație și relația dintre acesta și conducerea executivă a casei;
- e) alte prevederi.

(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.

(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.

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.

Secțiunea a 2-a

ORGANIZAREA ADMINISTRATIVĂ

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 lor teritoriale.

Art. 64. - Casele de asigurări de sănătate județene 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:

- a) 200.000 pentru orașele, municipiile și sectoarele municipiului București;
- b) 50.000 în teritoriul arondat.

Secțiunea a 3-a

ATRIBUȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI

Art. 65. - Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) să administreze fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate în cooperare cu casele teritoriale de asigurări de sănătate;

- b) să elaboreze și să implementeze procedurile și formularele unitare cu Ministerul Sănătății și Familiei pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- c) întocmește și actualizează registrul unic de evidență a asiguraților;
- d) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;
- e) să aibă responsabilitatea politicilor sistemului de asigurări sociale de sănătate față de Parlament, Ministerul Sănătății și Familiei și față de asigurați;
- 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;
- g) să elaboreze, în cooperare cu Colegiul Medicilor din România, proiectul contractului-cadru pe care îl va supune spre aprobare Guvernului;
- h) să elaboreze, împreună cu Colegiul Medicilor din România, criteriile privind acordarea îngrijirilor de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- 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;
- j) să emită reglementări privind plata suplimentară (coplata) de către persoanele asigurate pentru unele servicii medicale;
- k) să administreze bunurile mobile și imobile achiziționate, în conformitate cu legea, din activitatea proprie a Casei, din subsidii, sau din alte surse;
- l) să administreze fondul de redistribuire;
- 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 Sănătate și Colegiul Medicilor din România;
- n) oferă informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;
- o) alte atribuții prevăzute de acte normative.

Art. 66. - Atribuțiile caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt următoarele:

- a) să colecteze contribuțiile pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să administreze bugetele proprii;
- c) înregistrează, actualizează și comunică Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele referitoare la asigurați;
- d) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;
- 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;
- f) să furnizeze informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și a serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;
- g) să administreze bunurile casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legii;
- h) să negocieze, să încheie și să administreze contractele cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru;

- i) să monitorizeze costurile serviciilor medicale furnizate;
- j) să reprezinte sistemul de asigurări sociale de sănătate în cadrul politicii de sănătate promovate de instituțiile statului;
- 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;
- l) alte atribuții prevăzute de acte normative.

Secțiunea a 4 –a

ORGANELE DE CONDUCERE

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. 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:

- a) 3 membri din partea Guvernului, reprezentând Ministerul Sănătății și Familiei, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Finanțelor Publice, la propunerea primului ministru;
- b) 2 membri numiți de Președintele României;
- c) 4 membri numiți de Parlament, câte 2 de fiecare Cameră, la propunerea celor 2 comisii de specialitate;
- d) 3 membri din partea asociațiilor patronale reprezentative la nivel național;
- e) 3 membri din partea organizațiilor sindicale reprezentative la nivel național;
- f) 2 membri din partea asociațiilor asiguraților, reprezentative la nivel național;

(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.

(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.

(4) Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocării din cauze prevăzute de lege, sau decesului, se numesc noi membri, aleși în aceleași condiții, până la expirarea mandatului în curs.

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.

(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. Vicepreședinții consiliului de administrație sunt și vicepreședinți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Președintele și vicepreședinții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, pe perioada exercitării mandatului lor.

Art. 70. - (1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 13 din numărul membrilor săi.

(2) Hotărârile consiliului de administrație se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

(3) Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

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.

(2) Atribuțiile vicepreședinților se stabilesc prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii.

(3) Președintele poate delega puteri de reprezentare oricărui vicepreședinte.

Art. 72. - (1) Conducerea executivă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este exercitată de către directorul general.

(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pentru o perioadă de 5 ani.

(3) Metodologia de organizare a concursului și criteriile de selecție sunt stabilite de Consiliul de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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.

(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.

Art. 74. - (1) Salarizarea și alte drepturi ale președintelui și vicepreședinților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se stabilesc după cum urmează:

a) pentru președinte la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de ministru;

b) pentru vicepreședinți la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de secretar de stat.

(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.

(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 prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

Art. 75. - (1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuții:

- a) elaborează propuneri pentru modificarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și le supune aprobării Parlamentului;
- b) aprobă proiectul bugetului fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și-l supune aprobării Parlamentului;
- 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;
- d) aprobă proiectul contractului-cadru;
- 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;
- f) aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări sociale de sănătate.
- g) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.

(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 membrilor săi.

(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate adoptă hotărâri.

Art. 76. - (1) Atribuțiile principale ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) exercită atribuțiile prevăzute de legislația în vigoare în calitate de ordonator principal de credite;
- b) organizează și coordonează activitatea de audit pe ansamblul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- c) participă ca invitat la ședințele Guvernului în care sunt dezbătute aspecte referitoare la sănătatea populației;
- d) asigură executarea hotărârilor consiliului de administrație;
- e) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul de execuție al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și președinții-directori generali ai caselor teritoriale de asigurări de sănătate;
- f) alte atribuții stabilite prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(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 normativ emise în aplicarea prezentei legi vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 77. - (1) Persoanele angajate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt funcționari publici, în condițiile Legii nr. 188/1999, cu modificările și completările ulterioare, privind statutul funcționarilor publici.

(2) Salariul și celelalte drepturi ale personalului de la alin. (1) sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare aplicabile funcționarilor publici.

Art. 78. - (1) Organismele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt:

consiliul de administrație,

președinte – director general

(2) Consiliul de administrație este alcătuit din 11 membri, din care 10 sunt desemnați după cum urmează:

a) 2 de consiliul județean, respectiv consiliul general al municipiului București;

b) 2 de prefect la propunerea Direcției de Sănătate Publică, Direcției Generale a Finanțelor și Direcției Muncii;

c) 2 de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;

d) 2 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;

e) 2 de asociațiile asiguraților, desemnați prin consens.

(3) Postul de director general al caselor județene 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.

Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei județene de asigurări de sănătate, respectiv a municipiului București și președinte al acestuia.

(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.

Retribuția președintelui-director general este stabilită de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(5) Mandatul membrilor consiliului de administrație al caselor de asigurări este de 4 ani.

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 prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

(6) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit.

(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.

(8) Atribuțiile consiliului de administrație al caselor județene și ale casei municipiului București sunt stabilite de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în concordanță cu prevederile prezentei legi.

(9) Consiliul de administrație ia hotărâri prin vot, în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor, cu minim 7 voturi.

(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.

(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 președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(12) Atribuțiile principale ale președintelui – director general și ale consiliului de administrație sunt:

a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare și de funcționare și procedurile administrative unitare;

b) organizează și coordonează activitatea de control al execuției contractelor de furnizare de servicii medicale;

c) organizează și coordonează activitatea de control a colectării contribuțiilor la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, potrivit competențelor conferite prin lege;

d) propune programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silită, potrivit legii;

e) stabilește și aprobă politica de contractare, în limita competențelor conferite de lege, cu respectarea contractului-cadru;

f) organizează împreună cu alte structuri abilitate, controale privind respectarea drepturilor asiguraților și aplică sancțiuni pentru nerespectarea acestora;

g) supraveghează și controlează organizarea și funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivel teritorial și prezintă anual rapoarte, pe care le dă publicității.

Secțiunea a 5 - a

SERVICIUL MEDICAL AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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.

(2) La casele de asigurări de sănătate județene 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.

(3) Funcția de medic șef al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii și pe baza unei metodologii aprobată de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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 corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, aflați în relații contractuale cu sistemul caselor de asigurări de sănătate.

(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.

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.

(3) Atribuțiile serviciului medical sunt stabilite prin Statutul casei de asigurări de sănătate.

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.

Secțiunea a 6-a

OBLIGAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Art.82. - Obligațiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) să asigure logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să urmărească colectarea și folosirea fondurilor asigurărilor sociale de sănătate;
- 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 asiguratul;
- d) să folosească orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;
- e) să acopere nevoile de servicii de sănătate ale persoanelor asigurate, în limita fondurilor disponibile;
- f) acordă stimulente pentru furnizorii de servicii medico-farmaceutice din zonele defavorizate.

Art.83. - Obligațiile caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt următoarele:

- a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- 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;
- c) să acorde furnizorilor de servicii sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației în vigoare;
- d) să informeze furnizorii de servicii asupra condițiilor de contractare și să accepte negocierea clauzelor contractuale;
- 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;
- f) să asigure un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare, conform prevederilor art. 65. lit.k);

- g) să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;
- 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);
- 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;
- j) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin Direcțiile de Sănătate Publică, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare;
- k) să informeze furnizorii de servicii, trimestrial, asupra sumelor colectate și a modalității folosirii fondurilor colectate.

Capitolul VII

CONTROLUL

Secțiunea 1.

CONTROLUL DE GESTIUNE

Art.84. - Controlul de gestiune al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se face anual de către Curtea de Conturi.

Art.85. - Auditul intern se va exercita asupra tuturor activităților desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de casele de asigurări de sănătate județene 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.

Secțiunea a 2-a.

CONTROLUL SERVICIILOR MEDICALE

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.

Secțiunea a 3-a.

ARBITRAJUL

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.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 arbitrii.

(2) Regulamentul de activitate al arbitrilor se stabilește de către Ministerul Justiției.

Art.89. - Hotărârile Comisiei Centrale de Arbitraj sunt obligatorii pentru toate părțile ale căror litigii se soluționează de către aceasta.

Capitolul VIII

RĂSPUNDERI ȘI SANCTIUNI

Art.90. - Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.

Secțiunea 1.

INFRAȚIUNI

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 asigurați, constituie infracțiune de deturnare de fonduri, și se pedepsește conform prevederilor art. 302 Cod penal.

Art.92. - Completarea declarației prevăzută la art. 8 alin. (2) cu date nereale, având ca efect denaturarea evidențelor privind asigurații, 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.

Secțiunea a 2-a

CONTRAVENȚII

Art.93. - Constituie contravenții următoarele fapte:

a) nedeplinirea la termen a declarației prevăzută la art. 8 alin. (2);

- b) nevirarea contribuției de asigurări sociale de sănătate datorate conform art.51 alin. (2) de către persoanele fizice și juridice angajatoare;
- 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;
- 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.

Art.94. - Contravențiile prevăzute la art. 93 se sancționează după cum urmează:

- a) cele prevăzute la lit. a) și c), cu amendă de la 5.000.000 lei la 10.000.000 lei;
- b) cele prevăzute la lit. b) și d) cu amendă de la 30.000.000 lei la 50.000.000 lei.

Art.95. - Nivelul amenzilor prevăzute la art. 94 va fi actualizat prin hotărâre a Guvernului.

Art.96. - Constatarea contravențiilor și aplicarea amenzilor se fac de organele de control ale caselor de asigurări de sănătate.

Art.97. - Amenzile contravenționale aplicate conform prezentei legi constituie venituri la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.

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.

Capitolul IX

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 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.

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 ale Ordinului Asistenților Medicali din România sau funcții în cadrul companiilor de asigurări, companiile farmaceutice și de aparatură medicală.

(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 la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

(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.

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.

(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.

(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.

Art.102. - Rețelele sanitare aparținând altor ministere își adaptează funcționarea la prevederile prezentei legi, în termen de 60 de zile.

Art.103. - În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, pentru asigurarea serviciilor medicale, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

Art.104. - Termenii utilizați în prezenta lege au înțelesul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta lege.

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.106. - Patrimoniul caselor de asigurări de sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței trece în proprietatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din.....2002, cu respectarea prevederilor art.74 alin.(1) din Constituția României.

PREȘEDINTELE SENATULUI

Nicolae Văcăroiu

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din.....2002, cu respectarea prevederilor art.74 alin.(1) din Constituția României.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR

Valer Dorneanu

ANEXĂ

În contextul prezentei legi se aplică următoarele definiții:

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.

b) Furnizorii sunt instituții sau întreprinzători autorizați oficial și recunoscuți de către Ministerul Sănătății și Familiei, care furnizează servicii.

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.

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;

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 asigurări de sănătate.

f) Contractarea este procedura care reglementează termenii de furnizare a serviciilor de către furnizori către cei asigurați de casele de asigurări.

P R O I E C T

LEGE
Privind asigurările sociale de sănătate

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

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 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.2

(1) Constituirea **fondului unic național de asigurări sociale de sănătate** se face din contribuția asiguraților, din contribuția persoanelor fizice și juridice care angajează personal **retribuit**, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse.

(2) Administrarea **fondului unic național de asigurări sociale de sănătate** se face prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.

(3) **Casa Națională de Asigurări de Sănătate propune proiectele de acte normative care au incidență asupra constituirii și utilizării fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și avizează alte proiecte de acte normative din sistemul sanitar care au incidență asupra modului de cheltuire a banilor publici.**

Art.3

Asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii.

Capitolul II ASIGURAȚII.

Secțiunea 1. PERSOANE ASIGURATE

Art.4

(1) Sunt supuse în mod obligatoriu asigurării, potrivit prezentei legi, următoarele categorii de persoane:

- a) Cetățenii români cu domiciliul în țară;
- b) Cetățenii străini și apatrizii care au reședința în România.

(2) Asigurații sunt acele categorii de persoane care își plătesc la zi contribuția pentru asigurările sociale de sănătate conform prezentei legi.

Art.5

(1) Calitatea de asigurat se dovedește cu **Carnetul de asigurat**.

(2) Modelul carnetului de asigurat, tipărirea și modalitățile de distribuire ale acestuia se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art.6

(1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurarea de sănătate, fără plata contribuției:

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;

b) soțul, soția, părinții și bunicii fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, 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 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 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 promovate din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii.

(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:

a) satisface serviciul militar în termen,

b) se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lehuzie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;

c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;

d) face parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 67/1995 privind ajutorul social;

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;

f) femeile însărcinate sau lehuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariu minim pe economie,

- g) persoanele cu handicap, care nu realizează venituri din muncă sau se află în îngrijirea familiei;
- h) medicii și personalul medical avizat, precum și salariații caselor de asigurări

Art.7

Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
- b) cetățenii străini care se află temporar în țară.

Art.8

(1) Calitatea de asigurat se dobândește din ziua încheierii contractului individual de muncă al **persoanei respective** și se păstrează pe toată durata acestuia. Obligația virării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate revine celui care angajează persoane retribuite.

(2) **Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurării de la alin. (1) sunt obligate să depună lunar, în condițiile și la termenele stabilite de casa națională de Asigurări de Sănătate, declarații privind obligațiile ce le revin față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.**

(3) Persoanele care nu sunt **retribuite** dobândesc calitatea de asigurat în ziua în care s-a achitat contribuția și o păstrează în condițiile legii.

Art.9

(1) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de reședință în țară.

(2) **Cetățenii români cu domiciliul în străinătate își pot păstra calitatea de asigurat.**

Secțiunea a 2-a

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURAȚILOR

Art.10

(1) Asigurații au dreptul la servicii medicale, **servicii de îngrijiri la domiciliu**, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

(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 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.

(3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale, cu privire la:

- a) lista serviciilor medicale, a **serviciilor de îngrijiri la domiciliu**, a medicamentelor și a altor servicii pentru asigurați;
- b) parametrii calității și eficienței serviciilor;
- c) criteriile și modul de plată a serviciilor medicale;
- d) nivelul costurilor, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- e) asistența medicală primară,
- f) internarea și externarea bolnavilor
- g) necesitatea și durata specializării;

- h) asigurarea tratamentului spitalicesc cu măsuri de îngrijiri sau de recuperare;
- i) condițiile generale de acordare, de către spital, a tratamentului ambulatoriu;
- j) prescrierea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor de mers și de autoservire;
- k) condițiile și plata serviciilor de tehnică dentară;
- l) informarea corespunzătoare a **asiguraților**.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România va elabora și aproba prin ordin comun, cu consultarea organismelor perofesionale naționale, până la 30 decembrie a anului în curs, Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

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.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

- a) să-și aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și unitatea spitalicească ce le va acorda serviciile medicale;
- 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;
- c) să-și schimbe medicul de familie ales după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- d) la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- e) la un control profilactic în fiecare an,
- f) la servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) la asistență medicală în ambulatorii și spitale acreditate;
- h) la servicii medicale de urgență;
- i) la servicii de asistență stomatologică;
- j) la tratament fizioterapeutic și de recuperare;
- k) la proteze, orteze, dispozitive de mers și autoservire și alte materiale de specialitate, în condițiile legii;
- l) la servicii și îngrijiri medicale la domiciliu, conform contractului-cadru,
- m) la asistență medicală pre-, intra- și postnatală;

Art.12

(1) **Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute de 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 modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurat;
- e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant,
- f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar,
- g) să-și achite contribuția datorată la fondul de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor prezentei legi;

h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative de achitare a contribuției la fondul de asigurări sociale de sănătate.

(2) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat nu beneficiază de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate decât în cazul urgențelor medico-chirurgicale și pentru imunizările obligatorii prevăzute de Ministerul Sănătății și Familiei

Art.13

Costurile serviciilor hoteliare pentru persoana care însoțește copilul 0-3 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 prezența lor pentru o perioadă determinată.

Art.14

Fiecare asigurat primește 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.

Art.15

(1) În serviciile medicale, suportate de casa de asigurări de sănătate, nu se includ:

a) servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale și accidente de muncă;

b) unele servicii medicale de înaltă performanță,

c) unele servicii de asistență stomatologică;

d) asistență medicală curativă la locul de muncă;

e) servicii hoteliere cu grad înalt de confort.

(2) Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a)-c) și e) se stabilesc prin contractul-cadru.

Capitolul III SERVICII MEDICALE SUPORTATE DIN FONDUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Secțiunea 1.1 SERVICII MEDICALE PROFILACTICE

Art.16

(1) În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire.

(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.

(3) Ministerul Sănătății și Familiei împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul 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 asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse.

(4) Serviciile medicale preventive suportate din fondurile asigurărilor sociale de sănătate sunt următoarele:

- a) urmărirea evoluției sarcinii și a lehozicii;
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psiho-motorii a sugarului și a copilului;
- c) controale periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- d) servicii medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor;
- e) servicii medicale stomatologice preventive;
- f) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări,
- g) servicii de planificare familială.

(5) Detalierea acestor servicii și modalități de acordare se precizează în contractul cadru.

Art.17

Serviciile medicale stomatologice preventive se suportă de către casele de asigurări de sănătate, astfel:

- 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 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.

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 precizează în contractul-cadru.

(2) Asigurații care au efectuat controale medicale periodice preventive, stabilite de către Colegiul Medicilor din România împreună cu **Casa Națională de Asigurări de Sănătate**, beneficiază de reduceri sau de scutiri de la plata unor contribuții personale, care se prevăd în contractul-cadru.

Secțiunea 1.2. SERVICII MEDICALE CURATIVE

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.20

(1) **Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate sunt:**

- a) servicii medicale de urgență;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene paraclinice și de laborator;
- c) tratamentul medicamentos, terapia de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă și igieno-dietetic;
- e) activități de suport: acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă sau îngrijirea copilului bolnav;

f) materiale sanitare, proteze și orteze și si alte mijloace terapeutice.

(2) Detalierea acestor servicii și modalitățile de acordare se precizează în contractul-cadru.

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.

(2) Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitale acreditate, dacă tratamentul 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.

Art.22

Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul buco-maxilo-facial.

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.

Secțiunea 1.3. MEDICAMENTE, MATERIALE SANITARE, PROTEZE, ORTEZE ȘI ALTE MIJLOACE TERAPEUTICE

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 Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România.

(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.

(3) Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor ce beneficiază de asistență medicală gratuită, conform prevederilor unor legi speciale – Decretul – Lege nr. 118/1990, Legea nr. 44/1994, Legea nr. 42/1990 – va fi suportat integral din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

(4) Asigurații au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor 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.

(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.

Art.25

(1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani suportă:

- a) costul medicamentelor care se administrează în infecții ușoare ale căilor respiratorii, calmante, purgative, antiemetice;
- b) costul serviciilor medicale și ale materialelor sanitare acordate în cazul corecțiilor estetice;
- c) costul unor materiale sanitare necesare pentru corectarea auzului și văzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere.

(2) Costurile medicamentelor, ale materialelor sanitare și ale mijloacelor terapeutice care se suportă de către asigurat sunt stabilite prin contractul-cadru.

Art.26

(1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește prețurile de referință folosite pentru decontarea valorii medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală.

(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.

(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.

(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

Secțiunea 1.4. SERVICII MEDICALE ȘI DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

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.

(2) Condițiile acordării serviciilor medicale și de îngrijiri la domiciliu se stabilesc în contractul-cadru.

Secțiunea 1.5. ALTE SERVICII SPECIALE

Art.28

(1) **Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate** acoperă cheltuielile de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat.

(2) Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

- a) urgențe medicale;
- b) cazurile prevăzute în contractul-cadru .

Secțiunea 1.6. SERVICII MEDICALE CARE NU SUNT **SUPPORTATE** DE FONDUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE

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:**

- a) **medicamentele și materialele sanitare care nu sunt stipulate în contractul-cadru;**
- b) **serviciile medicale și materialele sanitare acordate în cazul unor corecții estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;**
- c) **costul unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;**
- d) **o parte din costul protezelor și ortezelor;**
- e) **unele investigații de înaltă performanță;**
- f) **unele tipuri de transport;**
- g) **costurile hoteliere de confort sport;**
- h) **costurile hoteliere pentru însoțitorii asiguraților internați, exceptând persoanele care însoțesc copii 0 – 3 ani și însoțitorii persoanelor cu handicap de gradul I;**
- i) **serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;**
- j) **serviciile medicale și actele medicale eliberate la solicitarea autorităților care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;**
- k) **serviciile medicale la domiciliul asiguratului, la solicitarea acestuia, care nu sunt stipulate în contractul-cadru.**

(2) Modul de acordare și de plată al acestor servicii sunt precizate în contractul-cadru.

Secțiunea a 2-a. **ASIGURAREA CALITĂȚII ȘI ACORDAREA SERVICIILOR MEDICALE**

Art.30

Asigurarea calității serviciilor medicale se realizează prin acceptarea de către casele de asigurări de sănătate numai a:

- 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.

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:

- a) tratamentul medical;
- b) tratamentul stomatologic;
- c) acțiunile de depistare precoce a îmbolnăvirilor;
- d) procedeele medicale de recuperare eficiente;
- e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, 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.**

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 județene 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 31.

Secțiunea a 3-a. ACȚIUNI COMUNE PENTRU SĂNĂTATE

Art.33

Ministerul Sănătății și Familiei proiectează, implementează și coordonează programe de sănătate 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 clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor, precum și cu reprezentanți ai populației.

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.**

(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.**

(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 și din fondurile de asigurări sociale de sănătate.**

(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 privește recuperarea capacității de muncă, conform prevederilor bugetului de stat alocat.

Secțiunea a 4-a. ATRIBUȚIILE COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA ÎN DOMENIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE

Art.35

Colegiul Medicilor din România are, în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, următoarele atribuții:

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;

b) garantează, față de casele de asigurări de sănătate, criteriile de calitate a serviciilor medicale și controlează respectarea acestora;

c) elaborează ghidurile de practică medicală;

d) elaborează, împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate criteriile de acordare a asistenței medicale și stomatologice;

e) participă împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate la controlul activității medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate,

f) participă la acreditarea personalului medical, prin comisiile paritare organizate împreună cu casele de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 5-a. ACREDITAREA FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE, DE APARATURĂ, DE MEDICAMENTE ȘI MATERIALE SANITARE

Art.36

(1) În sistemul de asigurări sociale de sănătate pot fi admiși să lucreze numai medicii, farmaciștii, personalul mediu sanitar și alte categorii de personal, acreditați după cum urmează:

a) medicii și alte categorii de personal cu studii superioare se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, și casele de asigurări de sănătate de la nivel local;

b) personalul sanitar cu studii medii se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți Direcțiilor județene de sănătate publică, respectiv a municipiului București și casele de asigurări de sănătate de la nivel local;

c) farmaciștii se acreditează de către comisiile paritare formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, și casele de asigurări de sănătate de la nivel local.

(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 de la intrarea în vigoare a legii. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la pct. a Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la pct. b Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru furnizorii de servicii medicale prevăzuți la pct. c Comisia la nivel național este formată din reprezentanți ai Colegiului Farmaciștilor din România și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Acreditarea furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare se face anual de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după autorizarea prealabilă a furnizorilor de către Ministerul Sănătății și Familiei. Metodologia de acreditare se stabilește prin ordin al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de sănătate. Lista furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare acreditați este dată publicității anual.

Capitolul IV RELAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE, DE APARATURĂ ȘI DE MEDICAMENTE

Art.37

(1) Furnizorii de servicii medicale, potrivit 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.

(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, pe baza acreditării prealabile din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.**

(3) **Furnizorii de aparatură medicală și dispozitive medicale sunt persoane fizice și juridice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei și acreditate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.**

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.**

(2) **Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să prezinte la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate asigurări de răspundere civilă în concordanță cu tipul de furnizor. Societățile de asigurări care oferă asigurări în domeniul medical trebuie să fie aprobate de Ministerul Finanțelor Publice.**

(3) Furnizarea serviciilor medicale are la bază stabilitatea contribuției asiguraților.

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”.

Art.40

Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii de servicii, denunțarea 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.

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-o formă de organizare prevăzută de lege.

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.

(2) La încheierea contractelor, **părțile vor avea în vedere interesul asiguraților și vor ține seama de economicitatea, eficacitatea, eficiența și calitatea serviciilor oferite.**

Art.43

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte anuale cu furnizorii de servicii medicale, în baza contractului-cadru.

(2) Prevederile contractului-cadru sunt date publicității pentru informarea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale;

(3) **Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale pot negocia clauze suplimentare ale contractului, în limitele legale.**

(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.

(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 sănătate au obligația să permită accesul fără restricții la evidențele financiar-contabile proprii.**

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.45

Decontarea serviciilor se face între casele teritoriale de asigurări de sănătate 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.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 această decontare din fondul de redistribuire. Metodologia de decontare se elaborează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerul Finanțelor Publice.

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.**

(2) **Serviciile de care beneficiază asigurații la domiciliu sunt:**

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;

b) îngrijiri la domiciliu care se acordă prin intermediul personalului acreditat să desfășoare această activitate.

(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 și acreditate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(4) Criteriile de acreditare 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 cuprinse în Contractul-Cadru.

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.

(2) Plata acestor servicii se asigură pe baza contractului care se încheie între serviciile de ambulanță avizate și casele de asigurări de sănătate.

Capitolul V FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE

Secțiunea 1. CONSTITUIREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Art.49

(1) **Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate** se formează din:

- a) contribuții ale persoanelor fizice și juridice, în părți egale;
- b) subvenții de la bugetul de stat și de la bugetele locale;
- c) alte venituri.

(2) **Colectarea contribuțiilor pentru asigurări sociale de sănătate se face de către casele teritoriale de asigurări de sănătate conform legii.**

Art.50

(1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările sociale de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6.

(2) **Cuantumul contribuției bănești lunare a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 7% care se aplică astfel:**

- a) **asupra veniturilor salariale brute, asupra altor venituri impozabile și asupra venitului agricol anual, așa cum sunt ele definite și reglementate de legislația în vigoare;**
- b) **asupra drepturilor de pensie, pensie suplimentară, ajutor de șomaj, ajutor de integrare profesională și alocație de sprijin.**

(3) **Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se deduce din impozitul pe salariu sau după caz din impozitul pe venit ori din veniturile nete, în cazul neimpozitării acestora și se virează la casele teritoriale de asigurări de sănătate.**

(4) Persoanele care încheie asigurări facultative de sănătate beneficiază de o deducere a contribuției de 50% din impozit sau veniturile nete, pentru un plafon al contribuției de maxim 5% din venituri.

Art.51

(1) Persoanele juridice sau fizice care angajează personal **retribuit** 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.

(2) Persoanele fizice și juridice care angajează personal **retribuit** au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate de 7%, raportat la fondul de salarii.

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.

(2) Persoanele care nu sunt **retribuite** 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.

(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.

Art.53

(1) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la art. 6 alin. (2) se suportă astfel:

a) de către bugetul de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) lit. a), lit. c), lit. d), lit. e) și lit. f);

b) de către bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) lit. b);

c) de către fondul de întraajutorare a persoanelor cu handicap pentru persoanele prevăzute la lit. g).

(2) Contribuțiile pentru persoanele prevăzute la art. 6 (2) se stabilesc prin aplicarea cotei de 7% asupra sumei reprezentând valoarea a două salarii minime brute pe economie.

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.

(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, procedează la aplicarea măsurilor de

executare silită pentru încasarea sumelor convenite bugetului asigurărilor sociale de sănătate și a majorărilor de întârziere, potrivit legislației în vigoare.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în condițiile prevăzute de lege: Norme metodologice privind desfășurarea activității de executare silită a creanțelor datorate la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate; Norme metodologice privind procedura și competențele de acordare a înlesnirilor la plata obligațiilor față de fondul unic național de asigurări sociale de sănătate; Norme tehnice pentru acordarea de stimulente personalului propriu și al caselor de asigurări de sănătate teritoriale.

Art.55

Bugetul de stat suportă următoarele cheltuieli:

- a) pentru investițiile legate de construirea unor unități sanitare și pentru aparatura medicală de mare performanță;
- b) pentru activitatea de diagnostic, curativă și de reabilitare de importanță națională;
- c) pentru recuperarea capacității de muncă;
- 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.**

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**.

Secțiunea a 2-a. UTILIZAREA ȘI ADMINISTRAREA FONDULUI UNIC NAȚIONAL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE.

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:

- a) plata serviciilor medicale prestate de furnizori, a medicamentelor, a materialelor sanitare, a protezelor și ortezelor **conform contractelor de furnizare;**
- b) **cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a 5% din veniturile colectate la nivel național;**
- 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;**

(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 Sănătate.

(3) Repartizarea pe capitole de cheltuieli se realizează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform legii.

(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.

(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate este ordonator principal de credite, iar celelalte case de asigurări sunt ordonatori secundari de credite.

Art.58

(1) Sumele constituite, virate **conform art. 57 lit. b) și lit. c)**, în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se utilizează pentru:

- a) fondul de rezervă propriu în cotă de 5%;
- b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în cotă de maxim 5%;
- c) fondul de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări de sănătate cu dezechilibre financiare, care se calculează potrivit datelor demografice, de morbiditate și complexității serviciilor medicale.
- d) **fondul de redistribuire poate fi folosit și pentru completarea sumelor necesare decontării între casele teritoriale de asigurări de sănătate.**

(2) 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 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art.59

(1) Fondurile **neutilizate** la finele anului se reportează în anul următor, cu destinația prevăzută la art. 57.

(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.**

Art.60

(1) **Colectarea și depozitarea sumelor destinate fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face prin intermediul unor bănci comerciale acreditate de Banca Națională, cu avizul Ministerului Finanțelor Publice și aprobate de Parlament.**

(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).**

(3) **Sumele realizate din dobânzile acordate de banci vor trece în fondurile de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, respectiv ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.**

Capitolul VI ORGANIZAREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Secțiunea 1. CONSTITUIREA CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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.

(2) **Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează prin:**

- casele de asigurări de sănătate județene;
- casa de asigurări de sănătate a municipiului București;
- oficii teritoriale;

(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.

Statutele prevăzute la alin. (3) trebuie să conțină prevederi referitoare la:

- a) denumirea și sediul casei de asigurări de sănătate respective;
- b) relațiile casei de asigurări de sănătate respective cu alte case și oficii teritoriale;
- c) structura, drepturile și obligațiile organelor de conducere;
- d) modul de adoptare a hotărârilor în Consiliul de Administrație și relația dintre acesta și conducerea executivă a casei.

(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.

(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.

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.

Secțiunea 2. ORGANIZAREA ADMINISTRATIVĂ

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 lor teritoriale

Art.64

Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București pot avea, la nivelul orașelor, al municipiilor și **sectoarelor**, precum și al altor localități, oficii de asigurări de sănătate, dacă numărul asiguraților este de cel puțin:

- a) 200.000 pentru orașele, municipiile și sectoarele municipiului București;
- b) între **75.000** – 100.000 pentru alte localități.

Secțiunea 3. ATRIBUȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI

Art.65

Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) să administreze fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate în cooperare cu casele teritoriale de asigurări de sănătate;
- b) să elaboreze și să implementeze procedurile și formularele unitare cu Ministerul Sănătății și Familiei pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- c) să aibă responsabilitatea politicilor sistemului de asigurări sociale de sănătate față de Ministerul Sănătății și Familiei și față de asigurați;
- d) să coopereze cu Ministerul Sănătății 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,
- e) să ia parte, în cooperare cu Colegiul Medicilor din România, la elaborarea contractului-cadru;

- f) să elaboreze, împreună cu Colegiul Medicilor din România, criteriile privind acordarea îngrijirilor de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- g) 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,
- h) să emită reglementări privind plata suplimentară (coplata) unor îngrijiri și tratamente efectuate de persoanele asigurate;
- i) să administreze bunurile mobile și imobile achiziționate, în conformitate cu legea, din activitatea proprie a Casei, din subsidii, sau din alte surse,
- j) să administreze fondul de redistribuire,
- k) are responsabilitatea organizării 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 Sănătate și Colegiul Medicilor din România.

Art.66

Atribuțiile caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt următoarele:

- a) să colecteze contribuțiile pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate,
- b) să administreze bugetele proprii;
- c) să recurgă la orice demers legal pentru a optimiza colectarea contribuțiilor și restanțelor la contribuții pentru fondul unic național al asigurărilor sociale de sănătate;
- d) să furnizeze informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și a serviciilor de sănătate pentru persoanele asigurate,
- e) să informeze și să sprijine angajatorii în problemele legate de asigurările sociale de sănătate;
- f) să administreze bunurile casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legii;
- g) să negocieze, să încheie și să administreze contractele cu furnizorii de servicii de sănătate în condițiile contractului-cadru;
- h) să monitorizeze costurile serviciilor de sănătate furnizate;
- i) să reprezinte sistemul de asigurări sociale de sănătate în cadrul politicii de sănătate promovate de instituțiile statului.
- j) să participe, împreună cu celelalte structuri abilitate, la identificarea problemelor de sănătate specifice teritoriului și să decidă asupra zonelor defavorizate sau cu condiții speciale.

Secțiunea 2. ORGANISMELE DE CONDUCERE

Art.67

Organismele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt:

- a) Consiliul de administrație;
- b) Președintele și vicepreședinții;
- c) Directorul general.

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:

a) 3 membri din partea Guvernului, reprezentând Ministerul Sănătății și Familiei, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Finanțelor Publice, la propunerea primului ministru;

b) 2 membri numiți de Președintele României;

c) 4 membri numiți de Parlament, câte 2 de fiecare Cameră, la propunerea celor 2 comisii de specialitate;

d) 3 membri din partea asociațiilor patronale reprezentative la nivel național;

e) 3 membri din partea organizațiilor sindicale reprezentative la nivel național

f) 2 membri din partea asociațiilor asiguraților, reprezentative la nivel național

(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.

(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.

(4) Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocării din cauze prevăzute de lege, sau decesului, se numesc noi membri, aleși în aceleași condiții până la expirarea mandatului în curs.

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.

(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. Vicepreședinții consiliului de administrație sunt și vicepreședinți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Funcțiile deținute anterior de către președintele și vicepreședinții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se suspendă de drept pe perioada exercitării mandatului lor.

Art.70

(1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 13 din numărul membrilor săi.

(2) Hotărârile consiliului de administrație se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

(3) Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

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 terți și pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Atribuțiile vicepreședinților se stabilesc prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii.

(3) Președintele poate delega puteri de reprezentare oricărui vicepreședinte.

Art.72

(1) Conducerea executivă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este exercitată de către directorul general.

(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pentru o perioadă de 5 ani.

(3) Metodologia de organizare a concursului și criteriile de selecție sunt stabilite de Consiliul de Administrație a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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.

(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.

Art.74

(1) Salarizarea și alte drepturi ale președintelui și vicepreședinților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se stabilesc după cum urmează:

a) pentru președinte la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de ministru;

b) pentru vicepreședinți la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de secretar de stat.

(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.

(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 prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

Art.75

(1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuții:

a) elaborează propuneri pentru modificarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și le supune aprobării Parlamentului;

b) aprobă proiectul bugetului fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și-l supune aprobării Parlamentului;

c) aprobă rapoartele de gestiune trimestriale și anuale, prezentate de Președintele Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate;

d) aprobă proiectul contractului-cadru,

e) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.

(2) Consiliul de administrație se întrunește lunar, la convocarea Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. La propunerea a cel puțin 13 membri, consiliul de administrație se poate întruni în ședințe extraordinare.

(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate adoptă hotărâri.

Art.76

(1) Atribuțiile principale ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) exercită atribuțiile conferite de actele normative în vigoare în calitate de ordonator principal de credite;
- b) organizează și coordonează activitatea de audit pe ansamblul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- e) participă ca invitat la ședințele Guvernului în care sunt dezbătute aspecte referitoare la sănătatea populației.
- f) alte atribuții stabilite prin Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(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. Ordinele cu caracter normativ emise în aplicarea legii vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art.77

(1) Personalul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt funcționari publici, în condițiile Legii nr. 188/1999, privind statutul funcționarilor publici.

(2) Salariul și celelalte drepturi ale personalului de la alin. (1) sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare aplicabile funcționarilor publici.

Art.78

(1) Organismele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt:

- consiliul de administrație,
- președinte – director general:

(2) Consiliul de administrație este alcătuit din 13 membri, din care 12 sunt desemnați după cum urmează:

- 3 de consiliul județean, respectiv consiliul general al municipiului București,
- 3 de prefect la propunerea Direcției de Sănătate Publică, Direcției Generale a Finanțelor și Direcției Muncii;
- 2 de asociațiile patronale reprezentative la nivel local, desemnați prin consens,
- 2 de organizațiile sindicale reprezentative la nivel local, desemnați prin consens;
- 2 de asociațiile asiguraților reprezentative la nivel local, desemnați prin consens.

(3) Postul de director general al caselor județene 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.

Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei județene de asigurări de sănătate, respectiv a municipiului București și președinte al acestuia.

(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.

Retribuția președintelui-director general este stabilită de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(5) Mandatul membrilor consiliului de administrație al caselor de asigurări este de 4 ani,

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 prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

(6) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit.

(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.

(8) Atribuțiile consiliului de administrație al caselor județene și ale casei municipiului București sunt stabilite de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în concordanță cu prevederile prezentei legi.

(9) Consiliul de administrație ia hotărâri prin vot, cu majoritate simplă, în prezența a două treimi din numărul membrilor.

(10) Președintele – Director General al casei teritoriale de asigurări de sănătate este ordonator secundar de credite și se subordonează ordonatorului principal de credite, care este președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(11) Atribuțiile principale ale președintelui – director general și ale consiliului de administrație sunt:

a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare și de funcționare și procedurile administrative unitare;

b) organizează și coordonează activitatea de control al execuției contractelor de furnizare de servicii medicale;

c) organizează și coordonează activitatea de control a colectării contribuțiilor la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, potrivit competențelor conferite prin lege;

d) propune programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silită, potrivit legii;

e) stabilește și aprobă politica de contractare, în limita competențelor conferite de lege, cu respectarea contractului-cadru

Secțiunea 5. SERVICIUL MEDICAL AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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.

(2) La casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, funcționează un serviciu medical format din 3-5 medici, în raport cu numărul asiguraților, și este condus de un medic șef.

(3) Funcția de medic șef al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se ocupă prin concurs organizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii și pe baza unei metodologii elaborate de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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 corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, aflați în relații contractuale cu sistemul caselor de asigurări de sănătate.

(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.

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.

Art.81

Serviciul medical al casei de asigurări de sănătate elaborează și verifică documentația privind acordarea serviciilor medicale, furnizate asiguratului.

Secțiunea 6. OBLIGAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Art.82

Obligațiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt următoarele:

- a) să asigure logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;**
- b) să urmărească colectarea și folosirea fondurilor asigurărilor sociale de sănătate;**
- 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 asiguratul;**
- d) să folosească orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă.**

Art.83

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București sunt următoarele:

- a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii, conform contractelor încheiate cu aceștia;**
- b) să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor contractate și prestate asiguraților, în maxim 10 zile de la data raportării, în caz contrar urmând a suporta penalitățile prevăzute în contract;**
- c) să acorde furnizorilor de servicii sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației în vigoare;**
- d) să informeze furnizorii de servicii asupra condițiilor de contractate și să accepte negocierea clauzelor contractuale;**
- 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;**
- f) să asigure un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare, conform prevederilor art. 65 alin (k);**

g) să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;

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 alin (k);

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;

j) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin Direcțiile de Sănătate Publică, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare;

k) să informeze furnizorii de servicii, trimestrial, asupra sumelor colectate și a modalității folosirii fondurilor colectate.

Capitolul VII CONTROLUL

Secțiunea 1. CONTROLUL DE GESTIUNE

Art.84

Controlul de gestiune al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se face anual de către Curtea de conturi.

Art.85

Auditul intern se va exercita asupra tuturor activităților desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de casele de asigurări de sănătate județene 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 legale privind auditul intern și controlul financiar preventiv, cu modificările și completările ulterioare.

Secțiunea 2. CONTROLUL SERVICIILOR MEDICALE

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.

Secțiunea 3. ARBITRAJUL

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, delegați 2 de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv 2 de către Colegiul Medicilor din România.**

(3) Președintele Comisiei Centrale de Arbitraj va fi un arbitru acceptat de ambele părți.

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 arbitrii.**

(2) Regulamentul de activitate al arbitrilor se stabilește de către Ministerul Justiției.

Art.89

Hotărârile Comisie Centrale de Arbitraj sunt obligatorii pentru toate părțile ale căror litigii se soluționează de către aceasta.

Capitolul VIII SANCTIUNI

Secțiunea 1. RĂSPUNEDEREA JURIDICĂ

Art.90

Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.

Secțiunea 2. INFRAȚIUNI

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 asigurați, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă.

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 Codului penal.

Secțiunea 3. CONTRAVENȚII

Art.93

Constituie contravenții următoarele fapte, dacă nu sunt săvârșite în astfel de condiții încât, potrivit legii penale, să constituie infracțiuni:

- a) nedepunerea la termen a declarației prevăzută la art. 8 alin. (2);
- b) nevirarea în condițiile legii, a contribuției datorată la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate, de persoane fizice sau juridice, din fonduri proprii;
- 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;
- 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-contabile privind modul de utilizare a sumelor decontate din fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.

Art.94

Contravențiile prevăzute la art. 93 se sancționează după cum urmează:

- a) cele prevăzute la lit. a) și c), cu amendă de la 5.000.000 lei la 10.000.000 lei;
- b) cele prevăzute la lit. b) și d) cu amendă de la 30.000.000 lei la 50.000.000 lei.

Art.95

Nivelul amenzilor prevăzute la art. 94 va fi actualizat prin hotărâre a Guvernului.

Art.96

Constatarea contravențiilor și aplicarea amenzilor se face de organele de control ale caselor de asigurări de sănătate.

Art.97

Amenzile contravenționale aplicate conform prezentei legi constituie venituri la fondul unic național de asigurări sociale de sănătate.

Art.98

(1) Dispozițiile prezentei legi referitoare la stabilirea și sancționarea contravențiilor se completează cu prevederile Legii 32/1968 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.

Capitolul IX DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

Art.99

- (1) Consiliile de Administrație al 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 consiliul 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 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.

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 ale Ordinului Asistenților Medicali din România sau funcții în cadrul companiilor de asigurări, companiile farmaceutice și de aparatură medicală.
- (2) 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.

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.

(2) De asemenea, 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.

(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.

Art.102

Rețelele sanitare aparținând altor ministere își adaptează funcționarea la prevederile prezentei legi, în termen de 60 de zile.

Art.103

În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, pentru asigurarea serviciilor medicale, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

Art.104

Anexa face parte integrantă din prezenta lege.

Art.105

La data intrării în vigoare a prezentei legi, se abrogă dispozițiile referitoare la înființarea, organizarea și funcționarea Casei de Asigurări de Sănătate a Transporturilor cuprinse în OUG nr. 41/1998 privind organizarea activității de asistență medicală și psihologică a personalului din transporturi cu atribuții în siguranța circulației și navigației și înființarea Casei Asigurărilor de Sănătate a Transporturilor, OG nr. 56/1998 privind înființarea, organizarea și funcționarea casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței naționale și Autorității Judecătorești precum și orice alte dispoziții contrare.

ANEXĂ

(1) În contextul prezentei legi se aplică următoarele definiții:

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.

b) Furnizorii, în contextul prezentei legi, sunt instituții sau întreprinzători autorizați oficial și recunoscuți de către Ministerul Sănătății și Familiei, care furnizează servicii.

c) 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;

d) Acreditarea este un proces voluntar de evaluare externă a calității serviciilor de sănătate, realizat de o organizație non-profit. Acreditarea conferă dreptul de a intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, fiind o condiție obligatorie pentru încheierea contractului cu casele de asigurări de sănătate.

e) Contractarea este procedura care reglementează termenii de furnizare a serviciilor de către furnizori către cei asigurați de casele de asigurări.

(2) Definițiile care pot exista în alte legi și care sunt diferite de cele date în alin. (1) nu se aplică în această lege.