

554 17.09.2002



**PARLAMENTUL ROMÂNIEI**

**SENATUL ROMÂNIEI**

**Comisia pentru sănătate, ecologie,  
tineret și sport  
Nr. XXV/447/17.09.2002**

**Comisia pentru muncă și  
protecție socială  
Nr. XIX/255/17.09.2002**

Către,

**BIROUL PERMANENT AL SENATULUI**

**R A P O R T COMUN SUPLIMENTAR**

asupra

**Propunerii legislative privind asigurările sociale de sănătate**

În ședința din 27 iunie 2002 plenul Senatului a hotărât trimiterea spre reexaminare comisiilor sesizate în fond, respectiv Comisiei pentru sănătate, ecologie, tineret și sport și Comisiei pentru muncă și protecție socială, a Propunerii legislative privind asigurările sociale de sănătate, în vederea întocmirii Raportului suplimentar.

Prezentul raport suplimentar însoțește Raportul cu nr. XXV/324/12.06.2002, XIX/554/12.06.2002.

La întocmirea raportului suplimentar s-a avut în vedere crearea unui fond unic național de asigurări sociale de sănătate privat sau de stat.

În urma dezbaterilor care au avut loc în ședințele din 2-4 iulie 2002, în prezența Secretarului de Stat din Ministerul Finanțelor Publice Gheorghe Gherghina, 3-4 septembrie 2002 în prezența reprezentanților Ministerului Sănătății și Familiei și a CNAS-ului, membrii ambelor comisii au hotărât întocmirea raportului suplimentar, cu următoarele amendamente, cuprinse în anexă.

**Vicepreședinte**

**Președinte**

**Senator dr. Sorin Opreșcu**

**Senator Constantin Bălălu**

**AMENDAMENTE**  
**La Propunerea legislativă privind asigurările sociale de sănătate**

Nr. Crt.	TEXT INIȚIAL	AMENDAMENTE	MOTIVARE
1.	<p><b>Art. 2. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate este un fond privat al statului.</b></p> <p><b>(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.</b></p> <p><b>(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.</b></p>	<p><b>Art. 2. - (1) Fondul unic național de asigurări sociale de sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei legi.</b></p> <p><b>(3) Administrarea fondului unic național de asigurări sociale de sănătate se face pe baza prezentei legi, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în continuare denumită CNAS și respectiv prin casele de asigurări de sănătate teritoriale.</b></p> <p><b>(4) se elimina</b></p>	<p>Fond unic – deoarece există un singur ordonator principal de credite.</p> <p>Fond special - pentru a-l diferenția specific de fondurile speciale menționate de Legea Finanțelor.</p> <p>Fond special al asiguraților – pentru a sublinia constituirea din contribuția asiguraților, în aplicarea principiilor de solidaritate și subsidiaritate.</p> <p>Astfel definit trebuie să se supună controlului Parlamentului</p>

2.	<p><b>Art.6. – (2)</b> d) fac parte dintr-o familie <b>care beneficiaza de ajutor social</b>, potrivit Legii nr.416/2001 privind venitul minim garantat.</p>	<p><b>Art.6. – (2)</b> e) fac parte dintr-o familie <b>care are dreptul la ajutor social</b>, potrivit Legii nr.416/2001 privind venitul minim garantat;</p>	<p>Litera d) a propunerii legislativă se modifică și devine lit.e) prin renumerotare,</p>
3.	<p><b>Art. 7. - Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:</b> a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România; b) cetățenii străini care se află temporar în țară.</p>	<p><b>Art. 7.-</b> <b>(1) Cetățenii statelor membre în UE, precum și cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale de cooperare în domeniul sănătății și științelor medicale beneficiază de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriul României pe baza asigurărilor pe care le dețin în țara de origine, în condițiile prevăzute de acordurile încheiate între România și țara respectivă.</b></p>	<p>Potrivit Legii nr.296/2002 privind acordarea asistenței medicale în România cetățenilor străini în baza acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale de reciprocitate în domeniul sănătății la care România este parte. Având în vedere dispozițiile Legii nr. 296/2002,s-au inclus și cetățenii altor state cu care România are încheiate acorduri</p>
4.	<p><b>Art.10. - (3)</b></p>	<p><b>Art.10. – (3)</b></p>	

	<p>a) pachetul <b>minimal</b> de servicii medicale și servicii de îngrijire a sănătății, <b>stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;</b></p> <p>e) nivelul costurilor, <b>tarifelor, modul de decontare și actele necesare în acest scop;</b></p> <p><b>(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România</b> va elabora și aproba prin ordin comun, cu consultarea organismelor profesionale naționale, până la <b>30</b> decembrie a anului în curs, Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru.</p>	<p>a) pachetul <b>de bază</b> de servicii medicale și servicii de îngrijire a sănătății;</p> <p>e) nivelul costurilor sistemului de asigurări de sănătate;</p> <p><b>(5) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate</b>, va elabora și aproba prin ordin, cu consultarea organismelor profesionale nationale, pînă la <b>20</b> decembrie a anului in curs, Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru <b>pentru anul urmator.</b></p>	<p>Noțiunea de pachet minimal se folosea pentru țările subdezvoltate și reprezenta asigurarea unui minimum de servicii de sănătate acestei populații</p>
5.	<p><b>Art.12- (1)</b> g) să achite contribuția datorată <b>la fondul de asigurări sociale de sănătate</b>, conform prevederilor prezentei legi;</p>	<p><b>Art.12. – (1)</b> g) sa achite contributia datorata <b>la fondul unic national de asigurari sociale de sanatate</b>, conform prevederilor prezentei legi;</p>	
6.	<p><b>Art. 20. - (1)</b> Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate <b>de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate</b> sunt:</p>	<p><b>Art.20 . – (1)</b> Serviciile medicale curative ale caror costuri sunt suportate <b>din fondul unic national de asigurari sociale de sanatate</b> sunt:</p>	
7.		<p><b>Art.25.- (1)</b> Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor și adolescenților până la vârsta de 18 ani va fi suportat integral din fondul unic national al asigurarilor sociale de sanatate.</p>	<p>Articolul 25 nou introdus de către comisie în primul raport,( aflat la pozitia 33) se modifică la alin.(1)</p>

8.	<b>Art. 29. - (1)</b> Serviciile medicale care nu sunt decontate din <b>fondul de asigurări sociale de sănătate</b> , costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitățile care le solicită sunt:	<b>Art.29. – (1)</b> Serviciile medicale care nu sunt decontate din <b>fondul unic national de asigurari sociale de sanatate</b> , costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitatile care le solicita sunt:	
9.	<b>Art. 33. -</b> 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 <b>neguvernamentale</b> , ai sindicatelor, precum și cu reprezentanți <b>ai populației</b> .	<b>Art.33. –</b> Ministerul Sanatatii si Familiei proiecteaza, implementeaza si coordoneaza programe de sanatate publica, in scopul realizarii unor obiective de sanatate, cu participarea tuturor institutiilor cu raspundere in domeniul realizarii politicii sanitare a statului. Obiectivele se stabilesc in colaborare cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu Colegiul Medicilor din Romania, cu reprezentanti ai asociatiilor profesionale medicale, ai spitalelor, ai clinicilor universitare, ai unitatilor de cercetare, ai organizatiilor <b>nonguvernamentale de profil</b> , ai sindicatelor, <b>ai patronatelor</b> , precum si cu reprezentantii <b>ai asiguratilor</b> .	Corectare termeni
10.	<b>Art.43.- (4)</b> Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind și obligațiile specifice ale furnizorilor de servicii medicale, legate de buna gestionare a <b>fondurilor din bugetul asigurărilor sociale de sănătate</b> , 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	<b>Art.43. – (4)</b> Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind si obligatiile specifice ale furnizorilor de servicii medicale, legate de buna gestionare a fondurilor din <b>fondul unic national al asigurarilor sociale de sanatate</b> , precum si clauze care sa reglementeze conditiile de finantare a	Se înlocuiește sintagma <b>“fondurilor din bugetul asigurărilor sociale de sănătate”</b> cu

		serviciilor medicale pana la definitivarea contractului, pentru perioada urmatoare celei acoperite prin contract.	sintagma “ <b>fondul unic national al asigurarilor sociale de sanatate</b> ”.
11.	<b>Art. 46.</b> - 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 <b>prin ordin de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerul Finanțelor Publice.</b>	<b>Art.46.</b> – Decontarea între casele de asigurari de sanatate este obligatorie si se face din fondurile proprii. In situatii speciale, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate poate aproba alocarea unor sume pentru aceasta decontare din fondul de redistribuire. Metodologia de decontare se stabileste <b>prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.</b>	Se elimină sintagma “cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerul Finanțelor Publice”. Nici măcar în situațiile speciale un sistem de asigurare nu are nevoie de avizul statului pentru gestionarea fondurilor proprii.Statul trebuie să controleze gestionarea <u>legală</u> a banilor dintr-un sistem de asigurare de importanța celui de sănătate, dar nu poate hotărî modul

			de utilizare. De altfel chiar legea prevede că CNAS este autonom și sub control Parlamentar.
12.	<b>Art.49 - (1)</b> 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.	<b>Art.49. – (1)</b> a) contributiile ale persoanelor fizice si juridice; b) subventiile de la bugetul de stat; c) alte venituri, <b>donății, sponsorizări.</b>	
13	<b>Art.50.- (2)</b> 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, <b>pensie suplimentară</b> , ajutor de șomaj, ajutor de integrare profesională și alocație de sprijin.	<b>Art.50. – (2)</b> a) asupra veniturilor salariale brute, <b>asupra veniturilor din activități independente</b> 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, ajutor de șomaj, ajutor de integrare profesionala si alocație de sprijin;	Pentru a se include toate categoriile de venituri; S-au făcut precizări cu privire la baza de calcul asupra căreia se calculează contribuția de 7% prin includerea veniturilor din activități independente
14.	<b>Art. 52. - (1)</b> Pentru pensionari, pentru beneficiarii ajutorului de șomaj, <b>ajutor de integrare profesională</b> 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	<b>Art.52. – (1)</b> Pentru pensionari, pentru beneficiarii ajutorului de șomaj si alocație de sprijin, contributia pentru asigurarile sociale de sanatate se retine, odata cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza, de catre cei care efectueaza plata acestor drepturi.	Ajutor de integrare profesionala s-a desființat

	asigurări de sănătate la care este asigurată persoana în cauză.	Contributia pentru asigurarile sociale de sanatate se vireaza casei teritoriale de asigurari de sanatate la care este asigurata persoana in cauza.	
15.	<p><b>Art.57. – (1)</b>  <b>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;</b></p> <p><b>(2) Bugetul centralizat</b> al fondului unic national de asigurari sociale de sanatate se aproba <b>de catre Parlament, distinct de bugetul de stat</b>, la propunerea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.</p> <p><b>(3) Repartizarea pe capitole de cheltuieli se realizeaza de Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate, conform legii.</b></p>	<p><b>Art.57. – (1)</b>  <b>c) o cotă de 25% din totalul veniturilor colectate, se virează lunar în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către casele de asigurări de sănătate teritoriale;</b></p> <p><b>(2) Bugetul fondului unic national al asigurarilor sociale de sanatate se aproba distinct de catre Parlament, la propunerea Casei Nationale de Asigurari Sociale de Sanatate.</b></p> <p><b>(3) Proiectul bugetului fondului unic national al asigurarilor sociale de sanatate se intocmeste de Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate.</b></p>	Se precizează cota fondului de redistribuire
16.	<p><b>Art.58.- (1)</b>  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.</p>	<p><b>Art.58. – (1)</b>  <b>c) fondul de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor de asigurari de sanatate cu dezechilibre financiare, care se calculeaza potrivit datelor demografice, de morbiditate precum si complexitatii serviciilor medicale acordate în spiritul echității serviciilor medicale acordate</b></p>	Conform normelor de tehnică legislativă, la începutul aliniatului se inserează litera c). Se adaugă sintagma “acordate în spiritul



			echităţii serviciilor medicale acordate”
17.	<p><b>Art. 59. - (1)</b> Fondurile neutilizate la finele anului se reportează în anul următor, cu destinaţia prevăzută la art. 57.</p> <p><b>(2)</b> Fondului de rezervă al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate neutilizat la finele anului, i se stabileşte destinaţia de utilizare de către Consiliul de Administraţie al acesteia.</p>	<p><b>Art.59. – (1)</b> Fondurile neutilizate,ca urmare a execuţiei bugetare, la finele anului se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie prevăzută la art.57. După constituirea fondului de rezervă sumele care se colectează în cadrul fondului unic naţional al asigurărilor sociale de sănătate vor fi utilizate integral pentru exerciţiul bugetar al anului respectiv, potrivit prezentei legi</p> <p><b>(2)</b> Disponibilităţile financiare neutilizate la finele anului de casele de asigurări de sănătate teritoriale se virează în contul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru asigurarea unui echilibru financiar la nivelul sistemului de sănătate.</p>	
18.	<p><b>Art. 60. - (1)</b> Colectarea şi depozitarea sumelor destinate fondului unic naţional de asigurări sociale de sănătate se face prin intermediul unor bănci comerciale autorizate de Banca Naţională, şi aprobate de Parlament.</p> <p><b>(2)</b> Consiliile de administraţie ale caselor judeţene, a municipiului</p>	<p><b>Art.60 . – (1)</b> Colectarea şi depozitarea sumelor destinate fondului unic naţional de asigurări sociale de sănătate se face prin trezoreria statului, care va bonifica depozitele constituite în cadrul acestui fond unic naţional de asigurări sociale de sănătate cu o dobândă la nivelul dobânzii de referinţă stabilită de Banca Naţională a României.</p>	<p>Se face precizarea dobânzii acordate pentru sumele derulate prin Trezoreria Statului.</p>

	<p>București, respectiv al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, decid asupra băncilor comerciale prin care se derulează fondurile proprii, cu respectarea prevederilor alin. (1).</p> <p><b>(3)</b> Sumele realizate din dobânzile acordate <b>de banci</b> se constituie în fonduri de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate <b>judetene, a municipiului București</b>, respectiv ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>Alin.(2) se elimina</p> <p><b>(3)</b> Sumele realizate din dobanzile acordate se constituie in fonduri de rezerva ale caselor de asigurari de sanatate <b>teritoriale</b>, respectiv ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.</p>	<p>Nu face obiectul legii</p>
19.	<p><b>Art.61. – (3)</b> Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează pe baza unui statut aprobat <b>de Parlament</b>. Casele <b>judetene</b> de asigurări de sănătate <b>și a municipiului București</b>, funcționează pe baza unui statut propriu, care respectă prevederile Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și este aprobat de către aceasta.</p> <p><b>(4)</b> Casele de asigurări de <b>sănătate judetene și a municipiului București</b> sunt instituții publice <b>autonome, de interes local</b>, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, cu bugete proprii, care funcționează <b>sub coordonarea</b> Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p><b>Art. 61. (3)</b> Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează pe baza unui statut propriu aprobat <b>de Consiliul de Administrație</b>. Casele <b>teritoriale</b> de asigurări de sănătate funcționează pe baza unui statut propriu, care respectă prevederile Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și este aprobat de către aceasta</p> <p><b>(5)</b> Casele de asigurari de sanatate <b>teritoriale</b> sunt institutii publice, cu personalitate juridica, fara scop lucrativ, cu bugete proprii, care functioneaza <b>in subordinea</b> Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.</p>	<p>Art.61(4) din propunerea legislativă a devenit art.61(5) prin renumerotare( poziția 80 din primul raport), modificat prin prezentul raport .</p>
20.	<p><b>Art.65. e)</b> să aibă responsabilitatea politicilor sistemului de</p>	<p><b>Art.65. f)</b> să răspundă pentru politicile proprii</p>	

	<p>asigurări sociale de sănătate față de Parlament, Ministerul Sănătății și Familiei și față de asigurați;</p> <p>l) să administreze bunurile mobile și imobile achiziționate, în conformitate cu legea, din activitatea proprie a Casei, din subsidii, sau din alte surse;</p>	<p>sistemului de asigurări sociale de sănătate față de asigurați , Guvern și în fața Parlamentului.</p> <p><b>m) să administreze fondul de redistribuire conform art.58 alin.(1) litera c) ;</b></p>	<p>literele l) și K) având din eroare aceeași prevedere ,lit.l) se modifică,și devine m) din prezentul raport.</p>
21.	<p><b>Art.67. – (2)</b> <b>d)</b> nu au cazier judiciar.</p>	<p><b>Art.67. – (2)</b> <b>d)</b> nu au cazier judiciar sau fiscal</p>	
22.	<p><b>Art. 68. - (1)</b> Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constituie din 17 membri, <b>aleși de către Camera Deputaților și Senat în ședință comună</b>, pentru o durată de 4 ani, după cum urmează:</p> <p><b>a)</b> 3 membri din partea Guvernului, reprezentând Ministerul Sănătății și Familiei, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Finanțelor Publice, la propunerea primului ministru; <b>b)</b> 2 membri numiți de Președintele României; <b>f)</b> 2 membri din partea asociațiilor asiguraților, reprezentative la nivel național;</p> <p><b>(2)</b> Persoanele propuse pentru Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate vor fi audiate și avizate de către Comisiile de specialitate ale celor două Camere ale Parlamentului.</p>	<p><b>Art.68. – (1)</b> Consiliul de administratie al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate se constituie din 19 membri, numiți pentru o durată de 4 ani, dupa cum urmeaza:</p> <p><b>a)</b> 3 membri numiți de Președintele României; <b>b)</b> 3 membri numiți de primul ministru <b>f)</b> 3 membri din partea asociațiilor asiguraților desemnați de adunarea reprezentanților;</p> <p><b>alin.(2) se elimină</b></p>	<p>Practica europeană este aceea că reprezentanții asiguraților sunt cel puțin 51% din consiliul de administrație.</p>

23.		<p><b>Art.68<sup>1</sup> - (1) Adunarea reprezentanților cuprinde :</b></p> <p><b>a) reprezentanți ai asiguraților delegați de consiliile județene și ale municipiului București în număr de 2 pentru județele până la 500.000 locuitori , 3 pentru județele cu peste 500.000 locuitori și 4 pentru municipiul București.</b></p> <p><b>b) Desemnarea reprezentanților nominalizați la lit. a) se face în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi.</b></p> <p><b>(2) Adunarea reprezentanților alege cei trei reprezentanți ai asiguraților în prima ședință, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi.</b></p>	<p>După art.68, se introduce un nou articol, notat "Art.68<sup>1</sup>"</p> <p>Pentru asigurarea reprezentării intereselor tuturor asiguraților se constituie Adunarea Reprezentanților care va desemna 3 membri în consiliul de administrație al CNAS</p>
24.	<p><b>Art. 69. - (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.</b></p>	<p><b>Art.69. -(2) Cei 2 vicepreședinți sunt aleși de către consiliul de administrație, din rândul membrilor acestuia, cu votul a două treimi din numărul acestora. Vicepreședinții consiliului de administrație sunt și vicepreședinți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</b></p>	reformulare
25.	<b>Art.70.-</b>	<b>Art.70. – (3) Principalul rol al consiliului de</b>	reformulare

	<b>(3)</b> Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.	administratie este de a elabora si a realiza strategia nationala in domeniul asigurarilor sociale de sanatate.	
26.	<p><b>Art.75. - (1)</b></p> <p><b>b) aprobă</b> proiectul bugetului fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și-l supune aprobării Parlamentului;</p> <p><b>d) aprobă</b> proiectul contractului-cadru;</p> <p><b>e)</b> supune aprobării Parlamentului bilanțul contabil, descărcarea gestiunii anului precedent pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pentru casele teritoriale de asigurări de sănătate;</p>	<p><b>Art.75. – (1)</b></p> <p><b>b) întocmește</b> proiectul bugetului fondului unic național de asigurări sociale de sănătate și-l supune aprobării Parlamentului;</p> <p><b>d) intocmeste</b> proiectul contractului-cadru;</p> <p><b>e)</b> în baza raportului Curții de Conturi, bilanțul contabil, descărcarea anului precedent pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, se supun aprobării Parlamentului.</p>	Se precizează rolul Curții de Conturi
27.	<p><b>Art.78. - (2)</b></p> <p><b>b) 2</b> de prefect la propunerea Direcției de Sănătate Publică, Direcției Generale a Finanțelor și Direcției Muncii;</p> <p><b>c) 2</b> de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p><b>d) 2</b> de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p><b>e) 2</b> de asociațiile asiguraților, desemnați prin consens.</p> <p><b>(4)</b> 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</p>	<p><b>Art.78.--(2)</b></p> <p><b>b) 2</b> de prefect la propunerea Direcției de Sănătate Publică;</p> <p><b>c) 3</b> de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p><b>d) 3</b> de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, care au structuri la nivel local, desemnați prin consens;</p> <p><b>e) se elimină.</b></p> <p><b>(4)</b> 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</p>	La lit.b) se elimină sintagma “Direcției Generale a Finanțelor și Direcției Muncii;”

	de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.	ani, <b>dupa validarea concursului.</b> Retribuția președintelui-Director general este stabilită de consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare <b>la nivelul funcției de director general din ministerele de sinteza.</b>	
28	<b>Art.81.</b> - Medicul șef al serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate <b>aprobă, împreună cu președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,</b> cuantumul tarifelor utilizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, <b>având preocuparea de a asigura condițiile financiare necesare realizării calității actului medical.</b>	<b>Art.81.</b> - Medicul șef al serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate <b>supune spre aprobare</b> președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cuantumul tarifelor utilizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.	Se aduc precizări atribuțiilor medicului șef al CNAS
29	<b>Art.83.</b> - a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii, conform contractelor încheiate cu aceștia;	<b>Art.83.</b> - a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii <b>medicale,</b> conform contractelor încheiate cu aceștia;	Clarificare termen
30		<b>Art.85. – (2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România stabilesc normele metodologice specifice de audit și le supune spre aprobare Ministerului Sănătății și Familiei, în condițiile legii.</b>	La art.85 se adaugă un nou alineat,notat cu alin.(2) în care se arată că având în vedere specificul activității medicale, se vor elabora norme metodologice specifice.

31		<p><b>101<sup>1</sup> – Consiliile județene, respectiv al municipiului București, vor asigura numirea persoanelor desemnate în Adunarea Reprezentanților, iar la nivel național întrunirea anuală a Adunării Reprezentanților va fi asigurată de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate.</b></p>	<p>După art.101, se introduce un articol nou, notat cu “Art.101<sup>1</sup>” Stabilirea factorilor responsabili pentru a se putea aplica art.68<sup>1</sup>.</p>
32		<p><b>Art.104<sup>1</sup> – Pentru dovedirea calitatii de asigurat pana la implementarea sistemului de carduri, vor putea fi utilizate carnetele de sanatate sau alte documente doveditoare, pentru o perioadă de 2 ani de la data intrării în vigoare a prezentei legi.</b></p>	<p>Dupa art-104, se introduce un articol nou, notat cu “art.104<sup>1</sup>” precizându-se termenul pentru folosirea documentelor complementare</p>
33		<p>Pe tot cuprinsul propunerii legislative în locul denumirii Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se vor folosi inițialele CNAS iar în locul sintagmei “asigurări sociale de sănătate” se va folosi sintagma “asigurări sociale pentru sănătate”</p>	<p>Potrivit art.33 din Constituție, sintagma folosită este de “asigurări sociale pentru boală,accidente, etc” Pentru unitate în redactare</p>