

LEGE
privind asigurările sociale de sănătate

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art.1. - Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem prin care se asigură plata îngrijirilor medicale acordate populației în cazul îmbolnăvirilor sau apariției bolilor și accidentelor de muncă, precum și a prevenirii îmbolnăvirilor.

Art.2. - Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a unității sanitare, a medicului și a casei de asigurări de sănătate.

Art.3. - Sistemul asigurărilor sociale de sănătate este sub autoritatea Parlamentului României, care are rolul de a supraveghea și controla funcționarea acestuia.

CAPITOLUL II

Organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate

Art.4 - Organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare *CNAS*, și prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.

Art.5. - *CNAS* este instituția publică de interes național, 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.

Art.6. - *CNAS* are următoarele atribuții:

- a) întocmește și actualizează registrul unic de evidență a asiguraților;
- b) elaborează carnetul de asigurat;
- c) monitorizează furnizorii de servicii de sănătate;
- d) negociază și stabilește tarife și costuri pentru serviciile de sănătate;
- e) colaborează cu Ministerul Sănătății și Colegiul Medicilor din România la elaborarea politicii naționale de sănătate;

- f) organizează alegerile la nivel național pentru desemnarea conducerii CNAS;
- g) administrează, în colaborare cu casele județene de asigurări de sănătate și cea a municipiului București, fondurile de asigurări sociale de sănătate;
- h) administrează sediile și bunurile instituției;
- i) elaborează și aplică împreună cu casele județene de asigurări de sănătate și cea a municipiului București strategia în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- j) colaborează cu Ministerul Sănătății la întocmirea programelor naționale de sănătate;
- k) supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- l) stabilește, împreună cu Ministerul Sănătății, destinația fondului de rezervă rămas neutilizat la sfârșitul anului;
- m) controlează starea de sănătate a asiguraților;
- n) oferă informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;
- o) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;
- p) elaborează și implementează standarde pentru procedurile, formularele și programele soft pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- q) răspunde de aplicarea politicii sistemului de asigurări sociale de sănătate în fața Parlamentului României și a asiguraților;
- r) monitorizează și controlează modul în care sunt eliberate medicamentele;
- s) elaborează, împreună cu Ministerul Sănătății, formularele tipizate utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- t) colaborează cu Ministerul Sănătății la culegerea datelor statistice la nivel național;
- u) colaborează cu Ministerul Sănătății la elaborarea listei de medicamente, cu sau fără contribuție personală, pentru persoanele asigurate;
- v) colaborează cu Ministerul Sănătății la elaborarea pachetului minim de servicii de sănătate asigurate;
- w) administrează fondul de redistribuire;
- x) organizează sistemul informațional intern al caselor de asigurări de sănătate, precum și înregistrarea datelor statistice privind starea de sănătate a asiguraților;
- y) colaborează cu Ministerul Sănătății la încheierea acordurilor de reciprocitate cu alte țări privind furnizarea serviciilor de sănătate;
- z) alte atribuții prevăzute de lege.

Art.7 - Pentru îndeplinirea atribuțiilor ce îi revin, CNAS va avea în structura sa compartimente funcționale stabilite prin hotărâre a adunării generale a reprezentanților.

Art.8 - Casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, sunt instituții publice de interes local, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, care administrează și gestionează în mod autonom fondul de asigurări sociale de sănătate propriu, cu respectarea normelor elaborate de CNAS, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

Art.9. - Casele județene de asigurări de sănătate și cea a municipiului București au următoarele atribuții :

- a) înregistrează, actualizează și comunică CNAS datele referitoare la asigurați;
- b) monitorizează furnizarea de servicii medico-farmaceutice;
- c) controlează și monitorizează calitatea și costurile serviciilor de sănătate furnizate;
- d) negociază și încheie contracte cu furnizorii de servicii de sănătate;
- e) colectează contribuțiile la fondul de asigurări sociale de sănătate și aplică penalități pentru neplata acestora;
- f) plătește serviciile contractate;
- g) administrează fondurile colectate;
- h) administrează sediile și bunurile instituțiilor;
- i) elaborează și aplică strategia în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- j) colaborează cu direcțiile de sănătate publică, colegiul medicilor și cu autoritățile locale în vederea aplicării strategiei la nivel local, în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) controlează starea de sănătate a asiguraților;
- l) oferă informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;
- m) elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor, precum și bugetul aferent acestuia;
- n) organizează alegerile locale pentru desemnarea conducătorilor caselor de asigurări de sănătate și cea a municipiului București;
- o) alte atribuții prevăzute de lege.

Art.10. - Pentru îndeplinirea atribuțiilor ce le revin, casele de asigurări sociale de sănătate și cea a Municipiului București vor avea în structura lor compartimente funcționale stabilite prin hotărâre a adunării reprezentanților.

Art.11. - Conducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel național și teritorial este asigurată de adunarea generală a reprezentanților și consiliul de administrație respectiv adunarea reprezentanților și consiliul de administrație.

Art.12. - În conducerea CNAS, a caselor județene de asigurări de sănătate și cea a Municipiului București pot fi alese persoane care îndeplinesc următoarele condiții:

- sunt cetățeni români și au domiciliul pe teritoriul României;
- au calitatea de asigurat și vârsta de minim 20 ani la data alegerilor;

Pentru cei care vor fi aleși în consiliile de administrație se adaugă condiția de a nu avea calitatea de conducător al unei instituții aflate în relație contractuală cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar președinții și vicepreședinții nu pot deține și alte funcții sau demnități publice.

- nu au calitatea de conducător al unei unități medicale aflate în relație contractuală cu sistemul de asigurări sociale de sănătate;

- nu dețin alte funcții sau demnități publice.

Art.13. - Organele de conducere ale CNAS sunt:

- a) adunarea generală a reprezentanților;

b) consiliul de administrație ales de adunarea generală a reprezentanților și validat de Parlamentul României;

c) comitetul permanent format din președinte, vicepreședinți și director general.

Art.14. - Adunarea generală a reprezentanților este formată din 129 membri desemnați în felul următor de către adunările reprezentanților:

- câte 3 de la fiecare județ;
- 6 de la municipiul București.

Art.15. - Delegații desemnați pentru constituirea adunării generale a reprezentanților pot fi numai membrii validați ai adunărilor reprezentanților și aleși prin vot de către acestea.

Art.16. - Adunarea generală a reprezentanților este autoritatea sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru coordonarea activității adunărilor reprezentanților, în vederea realizării obiectivelor sistemului de asigurări sociale de sănătate și exercită, în acest sens, următoarele atribuții principale:

- coordonează activitatea CNAS în vederea realizării obiectivelor de interes național;
- adoptă proiectul bugetului sistemului de asigurări sociale de sănătate și contul de încheiere a exercițiului bugetar;
- stabilește obiectivele generale anuale pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- alege membrii consiliului de administrație al CNAS, președintele și vicepreședinții acesteia;
- adoptă propriul regulament de funcționare;
- aprobă statutul și alte reglementări specifice domeniului său de activitate potrivit legii;
- aprobă bilanțul contabil și descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS;
- ia decizii privind administrarea patrimoniului;
- aprobă programul anual de asigurări sociale de sănătate;
- decide modul de utilizare a fondului de rezervă la propunerea președintelui CNAS și a ministrului sănătății.

Art.17. - Adunarea generală a reprezentanților are ca principal obiectiv susținerea intereselor asiguraților în raporturile cu consiliile de administrație.

La ședințele adunării generale a reprezentanților pot participa și reprezentanți ai Ministerului Sănătății, Colegiului Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România.

Art.18. - Consiliul de administrație al CNAS este ales de adunarea generală a reprezentanților. Președintele și vicepreședinții vor fi validați de Parlamentul României pe baza programului de asigurări sociale de sănătate.

Art.19. - Consiliul de administrație al CNAS are 15 membri (inclusiv președintele și vicepreședinții).

Art.20. - Consiliul de administrație se întrunește în ședințe ordinare lunar, la cererea președintelui. Pot fi ședințe extraordinare ori de câte ori este necesar, la cererea președintelui sau a cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație.

Art.21. - Ședințele consiliului de administrație sunt legal constituite dacă sunt prezenți 2/3 din numărul membrilor săi și adoptă hotărâri cu votul majorității membrilor prezenți la ședință.

Art.22. - Consiliul de administrație al CNAS are următoarele atribuții principale :

- stabilește și supune aprobării adunării generale a reprezentanților strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate
- supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate și prezintă anual adunării generale a reprezentanților rapoarte în acest sens;
- elaborează regulamentul de organizare și funcționare al CNAS și-l supune aprobării adunării generale a reprezentanților;
- aprobă proiectul contractului – cadru;
- stabilește criteriile și condițiile de numire a șefului serviciului medical al CNAS, al caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București;
- supune anual aprobării adunării generale a reprezentanților, în termen de 60 de zile de la încheierea exercițiului economico-financiar, bilanțul contabil, planul precedent precum și proiectul de program de activitate și proiectul de buget pentru anul în curs;
- întocmește proiectul ordinii de zi pentru adunarea generală a reprezentanților;
- analizează proiectele de hotărâri care vor fi supuse adunării generale a reprezentanților spre dezbateră și aprobare și asigură fundamentarea acestora;
- administrează fondul de redistribuire pe baza criteriilor stabilite de președintele CNAS și ministrul sănătății;
- aprobă politica de personal, de pregătire și perfecționare a acestuia;
- alte atribuții stabilite de lege și/sau de adunarea generală a reprezentanților.

Art.23. - (1) Comitetul permanent al CNAS conduce activitatea curentă a acesteia și este format din: președinte, vicepreședinți și directorul general .

(2) Modul de organizare și funcționare a comitetului permanent se stabilește prin regulamentul de funcționare al consiliului de administrație și aprobat de adunarea generală a reprezentanților.

(3) Comitetul permanent îndeplinește următoarele atribuții principale :

- întocmește proiectul ordinii de zi a consiliului de administrație;
- analizează proiectele de hotărâri ce vor fi supuse consiliului de administrație spre dezbateră și adoptare și asigură fundamentarea acestora.
- stabilește măsurile necesare pentru aducerea la îndeplinire a hotărârilor consiliului de administrație și adunării generale a reprezentanților și analizează periodic stadiul îndeplinirii acestora
- îndeplinește orice alte atribuții stabilite prin lege sau prin regulamentul consiliului de administrație.

Art.24. - Președintele consiliului de administrație este și președintele CNAS și răspunde de buna funcționare a acesteia.

Art.25. - Președintele reprezintă CNAS în relațiile cu celelalte instituții, persoane fizice sau juridice din țară și din străinătate, precum și în justiție.

Art.26. - Aparatul propriu al CNAS este subordonat președintelui acesteia.

Art.27. - Președintele CNAS îndeplinește, în condițiile legii, următoarele atribuții principale :

- conduce ședințele adunării generale a reprezentanților, consiliului de administrație și ale comitetului permanent;
- asigură executarea hotărârilor adunării generale a reprezentanților și consiliului de administrație;
- exercită funcția de ordonator principal de credite;
- întocmește proiectul bugetului de venituri și cheltuieli și contul de încheiere a exercițiului bugetar și le supune aprobării adunării generale a reprezentanților;
- numește, sancționează și eliberează din funcție personalul propriu al CNAS;
- prezintă adunării generale a reprezentanților, anual sau de câte ori este necesar, rapoarte cu privire la sănătatea asiguraților și la funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- alte atribuții prevăzute de lege sau încredințate de adunarea generală a reprezentanților și consiliul de administrație;

Art.28. - În exercitarea atribuțiilor sale, președintele CNAS emite ordine. Acestea devin executorii după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate.

Art.29. - Pe timpul executării mandatului, contractul de muncă al președintelui și vicepreședinților CNAS la instituțiile publice, la regiile autonome și la societățile comerciale cu capital majoritar de stat se suspendă.

Art.30. - Atribuțiile vicepreședinților sunt prevăzute în statutul CNAS.

Art.31. - CNAS are un director general, salariat al acesteia, ce răspunde de buna funcționare a compartimentelor acesteia.

Art.32. - (1) Directorul general este funcționar public și are studii superioare.

(2) Directorul general nu poate fi membru al vreunui partid sau formațiune politică, sub sancțiunea eliberării din funcție și nici acționar la societățile ce prestează servicii de sănătate.

Art.33. - (1) Numirea directorului general se face de către consiliul de administrație al CNAS, din inițiativa președintelui acesteia.

(2) Numirea se face pe bază de examen sau de concurs organizat, potrivit legii, de către președintele CNAS, în termen de 45 de zile de la data la care postul a devenit vacant.

Art.34. - Directorul general are, în condițiile legii, următoarele atribuții principale:

- participă la ședințele comitetului permanent, consiliului de administrație și adunării generale a reprezentanților;
- asigură buna funcționare a compartimentelor și activităților CNAS;
- avizează proiectele de hotărâri ale consiliului de administrație și adunării generale a reprezentanților, asumându-și răspunderea pentru legalitatea acestora;
- asigură convocarea consiliului de administrație și adunării generale a reprezentanților;

- comunică și înaintează, în termen de 10 zile, dacă legea nu prevede altfel, autorităților și persoanelor interesate, actele emise de către adunarea generală a reprezentanților, consiliul de administrație și președinte;

- asigură aducerea la cunoștință publică a hotărârilor și ordinelor de interes general;

- îndeplinește și alte atribuții prevăzute de lege sau încredințate de adunarea generală a reprezentanților, consiliul de administrație sau de către președinte.

Art.35. - (1) Conducerea CNAS este consiliată de un comitet tehnic consultativ.

(2) Acest comitet este format din specialiști recunoscuți din domeniul medical, economic, juridic, social și care pot da recomandări în diverse domenii de activitate ale CNAS.

(3) Membrii comitetului tehnic consultativ sunt propuși de președintele CNAS și validați de consiliul de administrație.

Art.36. - Organele de conducere ale caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt :

a) adunarea reprezentanților;

b) consiliul de administrație ales de adunarea reprezentanților;

c) comitetul permanent format din președinte, vicepreședinți și director general.

Art.37. - Adunările reprezentanților caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt compuse din reprezentanți aleși prin vot universal, egal, direct, secret și liber exprimat, în condițiile stabilite de regulamentul privind alegerile sociale pentru asigurările sociale de sănătate.

Art.38. - Regulamentul privind alegerile sociale pentru asigurările sociale de sănătate este stabilit prin hotărâre de Guvern.

Art.39. - Numărul membrilor fiecărei adunări a reprezentanților se stabilește prin ordin al președintelui CNAS, în funcție de numărul de asigurați înscriși la casa de asigurări de sănătate teritorială, după cum urmează:

Nr. asiguraților înscriși la CJAS/CASMB	Nr. reprezentanților în Adunarea Reprezentanților
- până la 350 000	27
- între 350 000 – 500 000	33
- între 500 000 – 650 000	39
- peste 650 000	45
- municipiul București	63

Art.40. - (1) Constituirea adunării reprezentanților se face în termen de 20 de zile de la data alegerilor.

(2) Convocarea reprezentanților în ședința de constituire se face de către directorul general al casei județene de asigurări de sănătate respectiv a municipiului București.

(3) La ședința de constituire participă prefectul sau reprezentantul său.

Art.41. - Ședința este legal constituită dacă participă cel puțin 2/3 din numărul reprezentanților aleși. În cazul în care nu se poate asigura această majoritate, ședința se va ține, de drept, peste 3 zile, în aceleași condiții. Dacă nici la a doua convocare

ședința nu se poate constitui legal, se va proceda la o nouă convocare, peste alte 3 zile. La noua convocare, ședința va fi legal constituită dacă se asigură prezența majorității reprezentanților aleși. În situația în care adunarea reprezentanților nu se poate constitui nici la ultima convocare datorită absenței, fără motive temeinice, a reprezentanților, prefectul va declara vacante locurile reprezentanților aleși care au lipsit nemotivat la cele 3 convocări anterioare, dacă aceștia nu pot fi înlocuiți cu supleanții de pe listele respective și se vor organiza alegeri de completare, în termen de 30 de zile, în condițiile regulamentului privind alegerile sociale pentru asigurările sociale de sănătate.

Art.42. - Absența reprezentanților de la ședința de constituire este motivată dacă, din cauza bolii, aceștia sunt netransportabili sau dacă sunt plecați în străinătate în interes de serviciu.

Art.43. - Lucrările ședinței de constituire sunt conduse de cel mai în vârstă reprezentant, asistat de 2 reprezentanți dintre cei mai tineri.

Art.44. - Adunările reprezentanților aleg dintre membrii lor, pe întreaga durată a mandatului, o comisie de validare alcătuită din 3-7 reprezentanți.

Art.45. - Comisia examinează legalitatea alegerii fiecărui reprezentant și propune adunării reprezentanților validarea sau invalidarea mandatelor.

Art.46. - Comisia de validare poate propune invalidarea alegerii unui reprezentant numai în cazul în care :

a) constată existența unei incompatibilități sau încălcarea condițiilor de eligibilitate ;

b) alegerea reprezentantului s-a făcut prin fraudă electorală constatată de Biroul Electoral, sau orice altă încălcare a regulamentului privind alegerile sociale pentru sănătate ;

Art.47. - Validarea sau invalidarea mandatelor se face cu votul majorității reprezentanților la ședință. Persoana al cărei mandat este supus validării sau invalidării nu participă la vot.

Art.48. - Adunarea reprezentanților este legal constituită după validarea mandatelor a cel puțin 2/3 din numărul membrilor acesteia.

Art.49. - Hotărârile privind validarea sau invalidarea mandatelor de reprezentanți pot fi atacate de cei interesați la Instanța de contencios administrativ, în termen de 5 zile de la adoptare sau de la comunicare, în cazul celor absenți de la ședință. Hotărârea instanței este definitivă și irevocabilă.

Art.50. - Reprezentanții ale căror mandate au fost validate depun în fața adunării reprezentanților următorul jurământ :

„ Jur să respect Constituția și legile țării și să fac cu bună credință tot ceea ce stă în puterile și priceperea mea pentru binele asiguraților casei de asigurări de sănătate a..... ”.

Art.51. - Reprezentanții care refuză să depună jurământul sunt demisionați de drept.

Art.52. - După depunerea jurământului, reprezentantul care a condus ședința de constituire declară adunarea reprezentanților legal constituită.

Art.53. - Mandatul de reprezentant încetează înainte de termen în caz de deces, demisie, incompatibilitate, schimbare a casei de asigurări de sănătate la care plătește asigurarea, lipsă nemotivată de la mai mult de 3 ședințe ordinare, consecutive ale adunării reprezentanților, imposibilitate de a fi exercitat pe o perioadă mai mare de 6 luni, în cazul în care s-a constatat prin hotărâre judecătorească rămasă definitivă după validarea mandatelor că alegerea s-a făcut prin fraudă electorală sau prin orice altă încălcare a regulamentului pentru alegerile sociale de sănătate, în caz de condamnare prin hotărâre judecătorească definitivă la o pedeapsă privativă de libertate, în caz de punere sub interdicție pentru debilitate sau alienare mintală ori în cazul pierderii drepturilor electorale. Încetarea mandatului de reprezentant se constată prin hotărâre a adunării reprezentanților. În caz de demisie, reprezentantul poate reveni asupra acesteia până la adoptarea hotărârii.

Art.54. - Adunarea reprezentanților are drept de inițiativă și hotărăște cu respectarea legii și a hotărârilor adunării generale a reprezentanților în problemele de interes local ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art.55. - Adunarea reprezentanților este legal constituită în prezența a cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor săi și are următoarele atribuții principale:

- aprobă bilanțul contabil și raportul de gestiune al consiliului de administrație;
- aprobă bugetul de venituri și cheltuieli și programul de activitate pentru exercițiul financiar următor;
- hotărăște înființarea sau desființarea de oficii teritoriale;
- aprobă structura organizatorică, numărul de posturi și normativul de constituire a compartimentelor funcționale;
- numește membrii consiliului de administrație și ai comisiei de cenzori, le stabilește atribuțiile și îi revocă;
- alege președintele și cei doi vicepreședinți;
- aprobă statutul caselor de asigurări de sănătate, și regulamentul de funcționare al adunării reprezentanților și consiliului de administrație pe baza statutului și regulamentului cadru orientative, elaborate de CNAS;
- aprobă coplățile, precum și stimulentele pentru furnizorii de servicii de sănătate aflați în zone defavorizate;
- decide modul de folosire a fondului de rezervă propriu;
- are și alte atribuții prevăzute în statut.

Art.56. - Adunarea reprezentanților are ca obiectiv principal apărarea intereselor asiguraților în raport cu consiliul de administrație.

Art.57. - Adunarea reprezentanților se alege pentru un mandat de 4 ani, care poate fi prelungit prin lege organică pe timp de război sau de catastrofă.

Art.58. - Adunarea reprezentanților își exercită mandatul de la data constituirii până la data declarării ca legal constituită a noii adunări a reprezentanților.

Art.59. - Ședințele adunării reprezentanților legal constituite sunt conduse de președinte sau unul din vicepreședinți.

Art.60. - Președintele este obligat să pună la dispoziția reprezentanților, la cererea acestora, în termen de cel mult 15 zile, conform regulamentului de funcționare a adunării reprezentanților, informațiile necesare îndeplinirii mandatului.

Art.61. - Adunarea reprezentanților se întrunește în ședințe ordinare trimestrial, la convocarea președintelui. Pot fi și adunări ale reprezentanților extraordinare, ori de câte ori este necesar, la cererea președintelui sau a cel puțin o treime din numărul membrilor adunării reprezentanților.

Art.62. - Convocarea adunării reprezentanților se face cu cel puțin 5 zile înaintea ședințelor ordinare sau cel puțin 3 zile înaintea ședințelor extraordinare.

Art.63. - În caz de forță majoră și de maximă urgență pentru rezolvarea intereselor asiguraților, convocarea adunării reprezentanților se poate face de îndată.

Art.64. - Convocarea se face în scris și se consemnează în procesul-verbal al ședinței. Invitația la ședință va preciza ordinea de zi, data, ora și locul desfășurării acesteia.

Art.65. - Ordinea de zi se aduce la cunoștința asiguraților prin presa locală ori prin alt mijloc de publicitate.

Art.66. - Ședințele adunării reprezentanților sunt legal constituite dacă este prezentă majoritatea reprezentanților în funcție.

Art.67. - Prezența reprezentanților la ședințe este obligatorie. În cazul în care un reprezentant absentează de două ori consecutiv, fără motive temeinice, el poate fi sancționat în condițiile regulamentului de funcționare a adunării reprezentanților.

Art.68. - Ședințele adunării reprezentanților sunt publice, cu excepția cazurilor în care reprezentanții decid, cu majoritate de voturi, ca acestea să se desfășoare cu ușile închise.

Art.69. - Problemele de buget se vor discuta, întotdeauna, în ședință publică.

Art.70. - Bugetul CNAS va fi votat până la data de 30 noiembrie.

Art.71. - Consiliile de administrație ale caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București sunt alese prin vot de către adunările reprezentanților în cadrul ședinței de constituire a acestora, după validarea reprezentanților aleși.

Art.72. - Numărul membrilor fiecărui consiliu de administrație local se stabilește prin ordin al președintelui CNAS, în funcție de numărul de asigurați înscrși la casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

Nr. asiguraților înscrși la CJAS/CASMB	Nr. membrilor Consiliului de Administrație
- până la 350 000	5, din care 1 președinte și 1 vicepreședinte
- între 350 000 – 500 000	7, din care 1 președinte și 1 vicepreședinte
- între 500 000 – 650 000	9, din care 1 președinte și 1 vicepreședinte
- peste 650 000	11, din care 1 președinte și 2 vicepreședinți
- municipiul București	11, din care 1 președinte și 2 vicepreședinți

Art.73. - (1) Consiliul de administrație se întrunește în ședințe ordinare lunar, la convocarea președintelui.

(2) Pot fi și ședințe extraordinare, ori de câte ori este necesar, la cererea președintelui sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație.

Art.74. - Ședințele consiliului de administrație sunt legal constituite dacă sunt prezenți 2/3 din numărul membrilor săi.

Art.75. - Consiliul de administrație adoptă hotărâri cu votul a jumătate plus unul din numărul celor prezenți

Art.76. - Consiliului de administrație al caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București au următoarele atribuții principale:

- aprobă încheierea de contracte;
- supune anual aprobării adunării reprezentanților, în termen de 60 de zile de la încheierea exercițiului economico-financiar, bilanțul contabil, planul precedent, precum și proiectul de program de activitate și proiectul de buget pentru anul în curs;
- organizează controale privind respectarea drepturilor asiguraților și aplică sancțiuni pentru nerespectarea acestora;
- întocmește proiectul ordinii de zi a adunării reprezentanților;
- analizează proiectele de hotărâri care vor fi supuse adunării reprezentanților spre dezbateră și aprobare și asigură fundamentarea acestora;
- stabilește și supune aprobării adunării reprezentanților strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
- supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local și prezintă anual adunării reprezentanților rapoarte în acest sens;
- alte atribuții prevăzute de lege sau încredințate de adunarea reprezentanților.

Art.77. - Comitetul permanent conduce activitatea curentă a caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București și este format din președinte, vicepreședinti și director general.

Art.78. - Comitetul permanent îndeplinește următoarele atribuții principale:

- întocmește proiectul ordinii de zi a consiliului de administrație;
- analizează proiectele de hotărâri care vor fi supuse consiliului de administrație spre dezbateră și adoptare și asigură fundamentarea acestora;
- stabilește măsurile necesare pentru aducerea la îndeplinire a hotărârilor consiliului de administrație și ale adunării reprezentanților și analizează, periodic, stadiul îndeplinirii acestora;
- îndeplinește orice alte atribuții stabilite prin lege sau prin regulamentul de funcționare al consiliului de administrație, elaborat și aprobat cu respectarea normelor legale.

Art.79. - Președintele consiliului de administrație este și președintele casei de asigurări de sănătate și răspunde de buna funcționare a acesteia.

Art.80. - Președintele reprezintă casa de asigurări de sănătate în relațiile cu celelalte instituții, persoane fizice sau juridice din țară și din străinătate, precum și în justiție.

Art.81. - Aparatul propriu al casei de asigurări de sănătate este subordonat președintelui acesteia.

Art.82. - Președintele casei de asigurări de sănătate îndeplinește, în condițiile legii, următoarele atribuții principale:

- conduce ședințele adunării reprezentanților, ale consiliului de administrație și ale comitetului permanent;

- asigură executarea hotărârilor adunării reprezentanților și ale consiliului de administrație;
- exercită funcția de ordonator principal de credite;
- întocmește proiectul bugetului propriu al casei de asigurări de sănătate și contul de încheiere a exercițiului bugetar și le supune aprobării adunării reprezentanților;
- numește, sancționează și eliberează din funcție personalul din aparatul propriu al casei de asigurări de sănătate;
- prezintă adunării reprezentanților, anual sau ori de câte ori este necesar, rapoarte cu privire la starea de sănătate a asiguraților și la funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
- alte atribuții prevăzute de lege sau încredințate de adunarea reprezentanților și consiliul de administrație.

Art.83. - Președintele casei de asigurări de sănătate emite dispoziții cu caracter individual. Ele devin executorii după ce au fost aduse la cunoștința persoanelor interesate.

Art.84. - Pe timpul executării mandatului, contractul de muncă al președintelui și vicepreședinților caselor de asigurări de sănătate la instituțiile publice, la regiile autonome și la societățile comerciale cu capital majoritar de stat se suspendă.

Art.85. - Atribuțiile vicepreședinților sunt prevăzute în Statutul casei de asigurări de sănătate.

Art.86. - Fiecare casă de asigurări de sănătate are un director general, care răspunde de buna funcționare a compartimentelor acesteia.

Art.87. - (1) Directorul general este funcționar public și are studii superioare.

(2) Directorul general nu poate fi membru al vreunui partid sau formațiune politică, sub sancțiunea eliberării din funcție și nici acționar la societățile ce prestează servicii de sănătate.

Art.88. - Numirea directorului general se face de către consiliul de administrație al casei de asigurări de sănătate din inițiativa președintelui acestuia. Numirea se face pe bază de examen sau de concurs organizat, potrivit legii, de către președintele casei de asigurări de sănătate, în termen de 45 de zile de la data la care postul a devenit vacant.

Art.89. - Directorul general îndeplinește, în condițiile legii, următoarele atribuții principale:

- a) participă la ședințele comitetului permanent, consiliului de administrație și ale adunării reprezentanților;
- b) asigură buna funcționare a compartimentelor și activităților instituției;
- c) avizează proiectele de hotărâri ale consiliului de administrație și ale adunării reprezentanților, asumându-și răspunderea pentru legalitatea acestora;
- d) asigură convocarea consiliului de administrație și adunării reprezentanților;
- e) asigură aducerea la cunoștință publică a hotărârilor și deciziilor de interes general;

f) comunică și înaintează, în termen de 10 zile, dacă legea nu prevede altfel, autorităților și persoanelor interesate, actele emise de adunarea reprezentanților, consiliul de administrație și președinte;

g) alte atribuții prevăzute de lege sau încredințate de adunarea reprezentanților, consiliul de administrație și președinte.

Art.90. - Ca principal finanțator al serviciilor de sănătate de care beneficiază populația, sistemul de asigurări sociale de sănătate are următoarele:

a) drepturi:

- să reprezinte interesele persoanelor asigurate în relația cu furnizorii de servicii de sănătate și celelalte instituții implicate în sistemul sanitar;

- să colecteze contribuțiile de la persoanele asigurate și de la angajatori și să aplice penalitățile prevăzute de lege pentru neplată sau întârzieri la plată;

- să administreze în interesul asiguraților fondurile asigurărilor sociale de sănătate;

- să aibă acces la informațiile legate de sistemul sanitar;

b) obligații:

- să reprezinte interesele persoanelor asigurate în relația cu furnizorii de servicii și celelalte instituții implicate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

- să colecteze contribuțiile de la persoanele asigurate și angajatori

- să administreze fondurile asigurărilor sociale de sănătate în mod eficient

- să răspundă de administrarea fondurilor de asigurări sociale de sănătate

- să acopere nevoile de sănătate ale persoanelor asigurate cu servicii medico-farmaceutice

- să negocieze și să încheie contracte cu furnizorii de servicii medico-farmaceutice

- să respecte prevederile contractuale

- să respecte legislația și reglementările în domeniu

- să informeze sistematic asigurații cu privire la drepturi, obligații, beneficii, mod de colectare și utilizare a fondurilor, servicii medicale la care au dreptul etc.

- să publice raportul anual de activitate și planul de activitate pentru anul următor

- să acorde stimulente pentru furnizorii de servicii medico-farmaceutice din zonele defavorizate

Art.91. - Ca responsabil privind starea de sănătate a populației, Ministerului Sănătății îi revin următoarele:

a) drepturi:

- să avizeze tarifele serviciilor negociate între CNAS și furnizorii de servicii medico-farmaceutice;

- să avizeze normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

- să participe la elaborarea legislației în domeniu;

b) obligații:

- să asigure și să finanțeze serviciile din cadrul programelor naționale de sănătate

- să asigure necesarul de furnizori de servicii medico-farmaceutice la nivel național

- asigurarea elaborării și furnizării serviciilor medicale de bază prevăzute în prezenta lege;

- să contribuie la finanțarea acelor servicii de sănătate care nu pot fi plătite din fondul de asigurări sociale de sănătate, dar sunt prevăzute în politica de sănătate;
- să colaboreze cu CNAS la elaborarea politicii naționale de sănătate;
- să elaboreze standardele de calitate ale serviciilor de sănătate.

Art.92. Ca reprezentant al intereselor profesionale ale medicilor, Colegiului Medicilor din România îi revin următoarele:

a) drepturi:

- să-i reprezinte din punct de vedere profesional pe furnizorii de servicii medicale;
- să organizeze împreună cu CNAS comisii de control a serviciilor medicale care se acordă asiguraților;
- să participe la organizarea educației medicale continue.

b) obligații:

- garantarea, față de casele de asigurări de sănătate, că serviciile medicale respectă parametrii de calitate și de stabilitate conform prezentei legi;
- urmărirea realizării eficiente a asistenței medicale de urgență;
- asigurarea necesarului de asistență medicală din punct de vedere cantitativ și calitativ în plan teritorial.

Art.93. Ca responsabil de apărarea intereselor colectivităților locale pe care le reprezintă, autorităților administrației publice locale le revin următoarele :

a) drepturi:

- să primească anual/semestrial/trimestrial din partea caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, raportul privind starea de sănătate a populației asigurate;
- să supravegheze modul de desfășurare a alegerilor sociale de sănătate, la nivel local;
- să participe prin reprezentanții săi la ședințele consiliului de administrație și adunării reprezentanților;

b) obligații:

- să asigure spațiile și dotarea necesare pentru desfășurarea activităților medicale în zonele defavorizate;
- să acorde stimulente pentru personalul medical care își desfășoară activitatea în zonele defavorizate;
- să organizeze activități de educație sanitară a populației;
- să intervină pentru eliminarea cauzelor care produc noxe profesionale sau risc crescut de accidentare.

Art.94. - 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.

CAPITOLUL III

Relațiile sistemului de asigurări sociale de sănătate cu persoanele asigurate

Art.95 - Potrivit prezentei legi toți cetățenii României. În această calitate au obligația plății primei de asigurare cu excepția categoriilor prevăzute în prezenta lege.

Art.96. - Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:

- a) membrii ai misiunilor diplomatice, acreditați în România;
- b) cetățeni străini cu domiciliu temporar în România

Art.97. - Calitatea și drepturile persoanei asigurate sunt anulate în momentul în care persoanei asigurate i se retrage cetățenia și/sau dreptul de ședere în România.

Art.98. - Cetățenii români cu domiciliu în străinătate pot să își păstreze calitatea de asigurat dacă plătesc asigurarea

Art.99. - Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurarea socială de sănătate, fără plata contribuției:

a) copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă;

b) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei;

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

d) 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 persoanelor 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 provenite din drepturile bănești acordate de lege, precum și cele provenite din pensii;

e) satisface serviciul militar în termen;

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

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

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

(2) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la alineatul (1) se suportă astfel:

a) de la bugetul de stat, pentru persoanele prevăzute la alineatul (1) literele a, b, c, d, e, g, h;

b) de la bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la alineatul (1) litera f).

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

Art.100. - Carnetul de asigurat atestă calitatea de asigurat a persoanei respective și conține date de identificare a persoanei, sumarul medical al acestuia precum și a serviciilor medicale de care a beneficiat.

Art.101. - Conținutul carnetului de asigurat este elaborat de către CNAS și Ministerul Sănătății.

Art.102. - Față de sistemul de asigurări sociale de sănătate asigurații au următoarele:

a) drepturi:

- acces la servicii de sănătate de calitate;
- acces gratuit la serviciile de sănătate din pachetul minim garantat;
- acces la medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale;
- acces la transport la recomandarea medicului de familie sau a medicului din spital;
- asistență medicală de recuperare în instituții specializate;
- îngrijiri la domiciliu și ajutor în menaj pe durata bolii sau a invalidității;
- acces la informații privind diagnosticul, tratamentul și rezultatele controlului medical;
- garanția confidențialității și a protecției datelor personale privind diagnosticul și tratamentul;
- libera alegere a furnizorului de servicii de sănătate;
- participare la conducerea caselor de asigurări de sănătate prin intermediul reprezentanților lor aleși;
- reprezentarea intereselor lor de către casele de asigurări de sănătate;
- să fie informați sistematic asupra drepturilor și obligațiilor lor;
- să beneficieze de un control profilactic în fiecare an în funcție de sex și grupa de vârstă căreia îi aparține;

b) obligații:

- să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- să plătească contribuțiile, co-plățile și tarifele legale stipulate prin lege;
- să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- să plătească serviciile exceptate din pachetul minimal de servicii asigurate;
- să respecte recomandările medicale privind prevenirea și tratamentul bolilor și al accidentelor;
- să se prezinte la controalele și acțiunile profilactice și la controalele periodice stabilite .

Art.103. - Persoanele asigurate vor plăti o contribuție lunară în contul asigurărilor de sănătate cu excepția celor menționate în articolul 99. Suma contribuției lunare pentru asigurările de sănătate plătite de persoanele asigurate este 7% din venitul global. Suma contribuției va fi dedusă din impozitul pe salariu sau pe venit, în funcție de situație, conform legii, și este transferată la casa de asigurări de sănătate

Art.104. - Angajatorii, persoane fizice sau juridice care angajează personal pe bază de salariu, sunt obligați să transfere contribuția datorată casei de asigurări de

sănătate pentru asigurarea personalului din respectiva instituție; angajatorii sunt obligați să informeze casa de asigurări de sănătate în privința oricărei schimbări intervenite în venitul personalului său. Angajatorii, persoane fizice sau juridice, care angajează personal pe bază de salariu sunt obligați să plătească lunar contribuția CAS care este de 7% din fondul de salarii

Art.105. - Pentru pensionari, șomeri, persoane care primesc ajutor social și pentru cei care sunt angajați în condițiile unei convenții civile contribuția de asigurări de sănătate va fi reținută de plătitor (precum și sumele rezultate ca beneficiu corespunzător contribuției respective). Contribuția la asigurările de sănătate va fi transferată la casa de asigurări de sănătate la care este înregistrat asiguratul.

Art.106. - Angajatorii și persoanele asigurate care trebuie să plătească contribuția de asigurări de sănătate în condițiile acestei legi, dar nu se conformează acestor prevederi, vor plăti sume suplimentare pentru întârzierea plăților echivalente cu sumele suplimentare pentru plata întârziată a taxelor.

Art.107. - În cazul în care contribuțiile la fondul de asigurări de sănătate nu sunt plătite la timp, casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, prin instituțiile lor, vor face uz de prevederile legale pentru a încasa sumele datorate pentru fondul de asigurări de sănătate și la penalitățile pentru întârzierea plăților.

Art.108. - Față de sistemul asigurărilor sociale de sănătate, angajatorii au următoarele:

a) drepturi:

- să fie informați sistematic asupra drepturilor și obligațiilor lor;
- să participe la conducerea caselor de asigurări de sănătate prin intermediul reprezentanților lor aleși;

b) obligații:

- să înregistreze toți angajații;
- să informeze angajații despre suma contribuției plătite;
- să permită casei de asigurări de sănătate accesul la documente contabile și la alte documente care să facă dovada respectării legii;
- să plătească lunar contribuția la fondul de asigurări sociale de sănătate pentru toți angajații;
- să preia de la casa de asigurări de sănătate și să distribuie angajaților vignetele.

CAPITOLUL IV

Pachetul de servicii garantat

Art.109. - Asigurații au dreptul la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare.

Art.110. - Tratatamentul și îngrijirile de sănătate sunt acordate de medici și de alt personal de îngrijiri medicale acreditat. Persoana asigurată are dreptul de a alege furnizorul de îngrijiri de sănătate dacă nu se specifică altfel în această lege.

Art.111. - În caz de îmbolnăvire sau accidente, asiguratul are dreptul la servicii medicale în condițiile acestei legi, din prima zi de boală sau de la data accidentului până la deplina însănătoșire.

Art.112. - Cetățenii români asigurați care locuiesc temporar sau permanent în străinătate au dreptul la aceleași servicii ca și cele furnizate în România, luând în considerare acordurile internaționale privind securitatea socială.

Ministrul sănătății va da publicității o reglementare ce specifică condițiile de rambursare a costurilor serviciilor medicale.

CNAS va elabora normele pentru plata contribuției de către emigranții români și de către cetățenii români care lucrează în străinătate.

Art.113. - Îngrijirile de sănătate sunt furnizate prin următoarele servicii:

- a) prevenire și diagnostic;
- b) îngrijiri de sănătate ambulatorii;
- c) îngrijiri de sănătate spitalicești;
- d) stomatologice;
- e) medicale de urgență;
- f) complementare de reabilitare a sănătății;
- g) asistență medicală pre-, intra- și post-natală;
- h) îngrijiri la domiciliu;
- i) medicamente, articole sanitare, proteze și orteze;

Cheltuielile ocazionate de șederea în spital a însoțitorilor copiilor în vârstă de până la 3 ani internați vor fi suportate de către casa de asigurări de sănătate, dacă medicul solicită prezența acestora pe o perioadă de timp definită.

Art.114. - Drepturile stipulate la articolele 109 - 113 sunt stabilite conform contractului-cadru.

Art.115. - Contractul-cadru stabilește condițiile pentru serviciile de îngrijiri de sănătate privind:

- a) lista serviciilor de îngrijiri de sănătate, medicamente și alte servicii furnizate persoanelor asigurate;
- b) calitatea serviciilor și parametrii de eficiență;
- c) criteriile și modul de plată ale serviciilor de sănătate;
- d) nivelul costurilor, procedee de rambursare și documentele necesare pentru acest scop;
- e) îngrijiri primare de sănătate;
- f) internarea și externarea pacienților;
- g) plata și rambursarea serviciilor;
- h) îngrijiri spitalicești și/sau tratament în ambulatoriu de reabilitare;
- i) îngrijirile ambulatorii de specialitate;
- j) prescrierea medicamentelor, materialelor sanitare, procedurilor terapeutice, proteze și orteze, dispozitive utilizate pentru mers și dispozitive personale de sprijin;
- k) servicii stomatologice și condiții de plată;
- l) informarea corectă a bolnavului.

Art.116. - (1) Casele de asigurări de sănătate nu plătesc următoarele servicii de îngrijiri de sănătate:

- a) unele dintre serviciile de îngrijiri de sănătate de înaltă tehnologie;
- b) unele servicii stomatologice;
- c) servicii hoteliere cu grad înalt de confort.

(2) Serviciile menționate în alineatul (1) literele a) – c) sunt precizate în contractul-cadru al asigurărilor de sănătate.

Art.117. - Persoanele asigurate în vârstă de peste 30 de ani sunt obligate să efectueze un control profilactic anual, în funcție de sex și grupa de vârstă căreia îi aparține, în vederea scăderii ratei mortalității și morbidității. Condițiile în care se efectuează controlul profilactic sunt prezentate în contractul-cadru.

Art.118. - Serviciile stomatologice preventive sunt plătite de casele de asigurări de sănătate după cum urmează:

- a) nelimitat – pentru copiii până la 16 ani, individual sau prin școală sau pentru grupuri profilactice de copii preșcolari;
- b) de 2 ori pe an – pentru tinerii între 16 – 20 ani;
- c) 1 dată pe an – pentru cei peste 20 ani.

Art.119. - Pentru prevenirea îmbolnăvirilor și pentru menținerea stării de sănătate, persoana asigurată va fi informată în mod permanent asupra metodelor de păstrare a unei condiții bune de sănătate și asupra metodelor de reducere sau de evitare a cauzelor de îmbolnăvire.

Art.120. - Serviciile de îngrijiri de sănătate pentru prevenirea sau diagnosticarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copilului sunt plătite de casa de asigurări de sănătate

Art.121. - Îngrijirile primare trebuie să reprezinte primul element de contact al persoanei asigurate cu sistemul de îngrijiri de sănătate.

Art.122. - Îngrijirile primare de sănătate sunt furnizate de medicii de familie.

Art.123. - Persoana asigurată are dreptul să recurgă la îngrijirile ambulatorii de specialitate indicate de medicul de familie în conformitate cu reglementarea privind dreptul la libera alegere a medicului specialist acreditat. Îngrijirile ambulatorii de specialitate sunt acordate de medicul specialist și includ: diagnosticarea, tratamentul medical, îngrijirile de sănătate, serviciile de reabilitare, medicamente și alte produse medicale

Art.124. - Persoana asigurată poate apela direct la medicii specialiști acreditați în următoarele situații:

- a) urgențe medico-chirurgicale stabilite de Ministerul Sănătății;
- b) când este necesar un tratament pre-spitalicesc, la indicația medicului specialist;
- c) când este necesară continuarea tratamentului menționată în biletul de externare din spital;
- d) când este cerută opinia medicului specialist asupra tratamentului și supravegherii medicale active, în cazuri unor afecțiuni medicale incluse într-o listă stabilită prin norme aprobate în contractul-cadru.

Art.125. - Asiguratul care va apela direct la medicul specialist acreditat, fără recomandare de la medicul de familie, va plăti întregul tarif al serviciului medical furnizat, cu excepția cazurilor menționate la articolul 124.

Art.126. - CNAS împreună cu Ministerul Sănătății va elabora regulamente și proceduri pentru că accesul direct la îngrijirile specializate se face numai în cazuri excepționale

Art.127. - (1) Serviciile de urgență sunt furnizate în toate cazurile de boală în care viața pacientului este în pericol ca urmare a dezechilibrului funcțiilor vitale.

(2) Asistența de urgență este furnizată de servicii de ambulanță în următoarele situații:

- a) la locul accidentului sau acolo unde a apărut boala;
- b) în timpul transportului către unitatea medicală.

(3) Lista serviciilor medicale de urgență și a procedurilor medicale de transport va fi reglementată prin intermediul normelor din contractul-cadru.

Art.128. - (1) Persoanei asigurate i se acordă îngrijiri spitalicești specializate în cadrul spitalelor acreditate dacă:

- a) tratamentul medical ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficient, boala diagnosticată necesită spitalizare și dacă pacientul este trimis de către medic;
- b) în urgențe care ulterior trebuie să fie aprobate de casa de asigurări de sănătate, pe baza documentației prezentate de către spital.

(2) Spitalul furnizează îngrijirile spitalicești în conformitate cu prevederile contractului încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate

Art.129. - (1) Persoanele asigurate au dreptul să primească medicamentele prescrise de medicii acreditați, incluse într-o listă de medicamente cu sau fără contribuție personală.

(2) Anual, Ministerul Sănătății și CNAS vor elabora, în baza contractului-cadru, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România, o listă de medicamente incluse în Nomenclatorul medicamentelor decontate de către casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București cu sau fără contribuție personală a asiguraților.

(3) Casele de asigurări de sănătate plătesc medicamentele pe baza prețului de referință în vigoare la data când medicamentul respectiv a fost achiziționat.

(4) Prețul de referință trebuie să fie cel puțin egal cu prețul celui mai ieftin medicament din aceeași grupă terapeutică.

(5) Farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate trebuie să elibereze medicamentele recomandate de medic

Art.130. - (1) Persoanele asigurate au dreptul să primească dispozitive medicale necesare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor și alte materiale de specialitate, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără co-plata lor, în conformitate cu prevederile din contractul-cadru

(2) CNAS și Ministerul Sănătății elaborează anual lista nominală a acestor dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății.

(3) Persoana asigurată beneficiază de fizioterapie, masaj, programe de gimnastică medicală și alte asemenea, pe baza prescripției medicale la prezentarea acesteia, cu

sau fără contribuție personală, în conformitate cu prevederile contractului de furnizare de servicii medicale.

(4) Persoanele asigurate au dreptul la îngrijiri de recuperare a sănătății în unități specializate, pe perioade de timp și pe etape, în conformitate cu programul elaborat de medicul de familie și de medicul specialist.

(5) Persoanele asigurate au dreptul la tratament medical la domiciliu și la îngrijirile unui cadru sanitar mediu, dacă este necesar și indicat de către medicul care externează pacientul, medicul de familie sau medicul specialist din ambulatoriu.

(6) Casele de asigurări de sănătate plătesc cheltuielile de transport al asiguraților când acestea sunt considerate ca necesare pentru serviciile medicale acordate persoanei asigurate.

(7) Persoanele asigurate au dreptul la cheltuieli de transport în scop medical în următoarele cazuri:

- a) urgențe medicale;
- b) alte situații care sunt prevăzute în contractul-cadru.

CAPITOLUL V

Relațiile sistemului de asigurări sociale de sănătate cu furnizorii de servicii de sănătate

Art.131. - În conformitate cu legea, numai furnizori acreditați au dreptul de a furniza servicii pentru sistemul de asigurări de sănătate prin relații contractuale cu casele de asigurări.

Art.132. - Prin furnizori de servicii medicale se înțeleg cabinete medicale, centre medicale, centre de diagnostic și tratament, centre de sănătate, spitale, sanatorii, institute clinice, farmacii, servicii de ambulanță, organizații non guvernamentale avizate de Ministerul Sănătății, societăți comerciale având ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale în condițiile legii, alte unități organizatorice stabilite de Ministerul Sănătății.

Art.133. - Dispozitivele medicale sunt furnizate de persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sănătății.

Art.134. - Numai furnizorii care posedă autorizație de înființare și de funcționare eliberate în condițiile legii pot fi acreditați.

Art.135. - Acreditarea furnizorilor de servicii medico-farmaceutice este efectuată de către comisiile de acreditare. Comisiile de acreditare sunt organizate la nivel național și județean de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, sub formă de comisii paritare.

Art.136. - Criteriile de acreditare ale furnizorilor de servicii medico-farmaceutice sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, CNAS, Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmaciștilor din România.

Art.137. - Ministerul Sănătății poate retrage acreditarea în cazuri motivate care nu respectă criteriile de acreditare.

Art.138. - În raport cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele:

a) drepturi:

- să participe prin reprezentanții lor la negocierea pachetului de servicii minime asigurate și a tarifelor serviciilor minime asigurate;

- să participe la negocierea și încheierea contractelor cu casele de asigurări de sănătate;

b) obligații:

- să respecte standardele de calitate pentru serviciile medico- farmaceutice furnizate;

- să se informeze sistematic asupra drepturilor și obligațiilor lor și asupra modificărilor legislative din domeniu;

- să acorde servicii medico-farmaceutice în mod ne discriminatoriu;

- să respecte tarifele și prețurile stabilite pentru serviciile furnizate;

- să colaboreze cu casa de asigurări de sănătate la înregistrarea asiguraților;

- să respecte drepturile pacienților în ceea ce privește confidențialitatea actului medical.

Art.139. - Calitatea serviciilor de îngrijiri de sănătate este realizată și asigurată prin:

a) furnizarea de servicii de sănătate corespunzătoare pregătirii și competenței profesionale, conform reglementărilor legale;

b) acordarea serviciilor medicale numai de personal acreditat;

c) un sistem de trimiteri corespunzător bazat pe îngrijiri primare de sănătate;

d) sistem informațional stabilit între furnizori și asigurările de sănătate care permite stabilirea și monitorizarea indicatorilor de calitate;

e) controlul acestora de către comisiile de specialitate/inspectori ale caselor de asigurări de sănătate.

Art.140. - Criteriile de asigurare a calității serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate sunt elaborate de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de CNAS și sunt aprobate de Ministerul Sănătății, și se referă la:

a) tratament medical;

b) tratament stomatologic;

c) diagnosticare precoce a bolilor;

d) tratamente de recuperare medicală;

e) prescrierea medicamentelor, a materialelor medicale, a protezelor, a transportului pacienților;

f) eliberarea certificatelor și a rapoartelor medicale care sunt necesare atât caselor de asigurări de sănătate pentru ca acestea să-și îndeplinească sarcinile specifice, cât și persoanelor asigurate pentru acordarea concediilor de boală.

Art.141. - Toate relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate sunt stabilite și funcționează pe bază contractuală.

Art.142. - Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale încheie contracte anuale pentru furnizarea de servicii medicale și pentru plata lor. Contractele trebuie să ia în considerare interesele persoanelor asigurate, balanța financiară a casei de asigurări, relația cost-eficacitate și calitatea serviciilor.

Art.143. - Elementele contractelor dintre furnizori și casa de asigurări de sănătate sunt reglementate prin contractul-cadru, dacă nu sunt reglementate prin această lege.

Art.144. - Prevederile contractului-cadru sunt elaborate de către Ministerul Sănătății și CNAS și sunt date publicității pentru informarea persoanelor asigurate și a furnizorilor de servicii medico-farmaceutice. Contractul-cadru este promulgat prin hotărâre de Guvern.

Art.145. - Furnizorii de servicii medicale pot negocia clauzele suplimentare cu casa de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

Art.146. - În zonele în care numărul medicilor este insuficient, consiliile locale acordă stimulente în bani sau sub altă formă pentru serviciile medicale furnizate.

Art.147. - Pentru asistența medicală la domiciliu trebuie să fie stabilite proceduri și condiții de plată prin contracte directe încheiate între casa de asigurări de sănătate și respectivii furnizori.

Art.148. - Pentru asistența de urgență casa de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale de urgență și transport medicalizat.

Art.149. - Furnizorii de servicii de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate pentru diferite tipuri de asistență medicală, în funcție de competențele existente.

CAPITOLUL VI

Administrarea fondului sistemului de asigurări sociale de sănătate

Art.150. - Veniturile caselor de asigurări sociale de sănătate se administrează în condițiile prevăzute de lege, conform principiilor solidarității și subsidiarității, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului și a unității sanitare.

Art.151. - Constituirea fondului 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.

Art.152. - (1) Repartizarea pe casele teritoriale de asigurări sociale de sănătate a sumelor defalcate din venituri, se realizează de către CNAS împreună cu Ministerul Sănătății, după consultarea președinților acestora.

(2) Sumele repartizate caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București conform alineatului (1) se folosesc potrivit destinației și eșalonării stabilite prin bugetul aprobat de adunarea generală a reprezentanților.

Art.153. - Veniturile și cheltuielile caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute pentru fiecare an financiar în bugetele respective aprobate de adunarea reprezentanților, sau, după caz, de adunarea generală a reprezentanților în condițiile legii.

Art.154. - (1) În bugetele CNAS, caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, se înscriu, la cheltuieli, sumele destinate activităților care se finanțează de la aceste bugete, în condițiile legii.

(2) Nici o cheltuială bugetară nu poate fi aprobată fără existența surselor de finanțare.

Art.155. - În bugetele CNAS, caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București se înscriu, la capitolul cheltuieli, și sumele necesare pentru salarizarea președinților și vicepreședinților, precum și pentru acordarea de indemnizații de ședință pentru membrii consiliilor de administrație și ai adunării generale a reprezentanților și adunării reprezentanților, în condițiile stabilite prin regulamentele acestora pentru plata funcționarilor din aparatul propriu al caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru reprezentare și protocol.

Art.156. - Fondurile de asigurări sociale de sănătate colectate de casele județene de asigurări de sănătate și cea a municipiului București se utilizează pentru:

a) plata serviciilor medicale acordate, a medicamentelor, a materialelor sanitare, a protezelor și ortezelor;

b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital, în cotă de 5% din totalul sumelor colectate;

c) fond de rezervă propriu în cotă de 1/12 din totalul sumelor colectate;

d) o cotă de până la 25% din totalul sumelor colectate, care se virează în contul CNAS, stabilită anual de către aceasta și Ministerul Sănătății;

Art.157. - Sumele constituite, virate conform articolului precedent litera d) în contul CNAS se utilizează pentru:

a) fond de redistribuire pentru susținerea bugetelor caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București, cu dezechilibre financiare care se calculează de către CNAS și Ministerul Sănătății;

b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în cotă de maxim 5%;

c) fond de rezervă propriu în cotă de 1/12 din totalul sumelor primite.

Art.158. - Fondurile rămase la finele anului se reportează în anul următor. Destinația acestora se stabilește de către adunarea generală a reprezentanților.

Art.159. - (1) Proiectul de buget, întocmit și publicat, este supus deliberării adunarea generală a reprezentanților, în prima ședință după expirarea termenului de 15 zile de la data publicării.

(2) Proiectul este însoțit de raportul președintelui CNAS precum și de contestațiile depuse în termenul de 15 zile de la data publicării proiectului.

(3) Adunarea generală a reprezentanților deliberează pronunțându-se asupra contestațiilor, adoptând proiectul de buget după ce acesta a fost notat pe articole.

Art.160. - Președinții CNAS, caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București întocmesc prin aparatul propriu și prezintă spre aprobare adunării reprezentanților, respectiv adunării generale a reprezentanților, contul de încheiere a exercițiului bugetar.

Art.161. - Dispozițiile cuprinse în acest capitol se completează cu prevederile Legii privind finanțele publice.

CAPITOLUL VII

Dispoziții finale

Art.162. - Președintele și vicepreședinții, directorii generali și personalul propriu al CNAS, caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București precum și reprezentanții asiguraților în adunarea generală a reprezentanților, adunarea reprezentanților și consiliul de administrație răspund, după caz, material, civil, administrativ sau penal, pentru faptele săvârșite în executarea atribuțiilor care le revin, în condițiile legii.

Art.163. - Președintele și vicepreședinții CNAS, caselor județene de asigurări de sănătate și a municipiului București nu pot exercita pe durata mandatului lor alte activități și atribuții.

Art.164. - (1) Consiliile de administrație, precum și președinții și vicepreședinții aleși în cursul unei legislaturi, ca urmare a dizolvării unor consilii de administrație sau devenirii vacante a unor posturi de președinți, încheie mandatul predecesorilor.

(2) Prevederile alineatului (1) se aplică și consiliilor de administrație și președinților și vicepreședinților aleși în cursul actualei legislaturi.

Art.165. – (1) Pe data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă ordonanța de urgență a Guvernului nr.150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.838 din 20 noiembrie 2002, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare.

(2) Până la data de 1 ianuarie 2005 rămân aplicabile prevederile ordonanței de urgență a Guvernului nr.150/2002 referitoare la colectarea și utilizarea fondurilor de asigurări sociale de sănătate.

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din....., cu respectarea prevederilor art.76, alin.(2) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR

VALER DORNEANU

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din....., cu respectarea prevederilor art.76, alin.(2) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE SENATULUI

NICOLAE VĂCĂROIU