

Ordonanță de urgență nr. 150/2002

publicat în Monitorul Oficial al României nr. 838 din 20 noiembrie 02

**privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate
În temeiul art 114 alin. (4) din Constituție,
Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.**

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 1. - (1) Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației care asigură acordarea unui pachet de servicii de bază.

(2) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, pe baza următoarelor principii:

- a) alegerea liberă a casei de asigurări de sănătate;
- b) solidaritate și subsidiaritate în colectarea și utilizarea fondurilor;
- c) alegerea liberă de către asigurați a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu și a unității sanitare;
- d) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- e) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- f) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- g) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(3) Pot funcționa și alte forme de asigurare a sănătății în diferite situații speciale. Aceste asigurări nu sunt obligatorii.

Art. 2. - (1) Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare fondul, este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată de asigurați, de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, potrivit legii.

(3) Administrarea fondului se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, și, respectiv, prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a municipiului București, inclusiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări.

(4) CNAS poate propune Ministerului Sănătății și Familiei proiecte de acte normative care au incidență asupra constituirii și utilizării fondului.

Art. 3. - (1) În sensul prezentei ordonanțe de urgență, următorii termeni se definesc astfel:

a) serviciile medicale sunt acele servicii și produse furnizate de către persoane fizice și juridice, în condițiile prezentei ordonanțe de urgență;

b) furnizorii sunt persoane fizice sau juridice autorizate oficial și recunoscute de către Ministerul Sănătății și Familiei pentru a furniza servicii sau produse medicale;

c) pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii și produse la care au dreptul asigurații și se suportă din fond, în condițiile contractului-cadru;

d) autorizarea reprezintă un control al calificării și al respectării legislației existente în domeniu, efectuat pentru toate tipurile de furnizori, necesar pentru a obține permisiunea de a furniza servicii medicale în România;

e) acreditarea este un proces de evaluare externă a calității serviciilor de sănătate, care conferă dreptul de a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, fiind o condiție obligatorie pentru încheierea contractului;

f) contractarea este procedura care reglementează condițiile furnizării serviciilor de către furnizori pentru cei asigurați de casele de asigurări;

g) preț de referință este prețul utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru plata medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, potrivit politicii de prețuri a Ministerului Sănătății și Familiei;

h) dispozitivele medicale cuprind materialele sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrilor, respectiv proteze, orteze, dispozitive de mers și alte materiale specifice, necesare în scopul recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice.

(2) Definițiile care pot exista în alte legi și care sunt diferite de cele prevăzute la alin. (1) nu se aplică în cazul prezentei ordonanțe de urgență.

CAPITOLUL II

Asigurații

SECȚIUNEA 1

Persoanele asigurate

Art. 4. - (1) Sunt asigurați, potrivit prezentei ordonanțe de urgență, toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România. În această calitate au obligația plății contribuției de asigurare potrivit prevederilor prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează o dată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de reședință în România.

(3) Documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății și familiei, la propunerea CNAS.

Art. 5. - (1) Calitatea de asigurat se dovedește cu un document justificativ - adeverință sau carnet de asigurat - eliberat prin grija casei la care este înscris asiguratul. În termen de un an de la aprobarea prezentei ordonanțe de urgență va fi introdus cardul electronic de asigurat, care se suportă din fond.

(2) Metodologia și modalitățile de gestionare și de distribuire ale cardului de asigurat se stabilesc de către CNAS.

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

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

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

- a) toți copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;
- b) soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege [nr 118/1990](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului [nr 105/1999](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată prin Legea [nr 189/2000](#), cu modificările și completările ulterioare, prin Legea [nr 44/1994](#) privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, precum și persoanele prevăzute la art. 2 din Legea [nr 42/1990](#) pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii;
- d) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse și se află în îngrijirea familiei;
- e) pensionarii de asigurări sociale, pensionarii militari, pensionarii I.O.V.R. și alte categorii de pensionari;
- f) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
- g) femeile însărcinate sau lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară;
- h) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii [nr 416/2001](#) privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
- i) persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute în [art 105](#), [113](#) și [114](#) din Codul penal; persoanele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au venituri.

(2) Sunt asigurate persoanele aflate în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia, cu plata contribuției din alte surse, în condițiile prezentei ordonanțe de urgență:

- a) satisfac serviciul militar în termen;
- b) se află în concediu medical, în concediu medical pentru sarcină și lăuzie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani;
- c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv;
- d) persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alocație de sprijin.

Art. 7. - (1) Cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, 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, în condițiile prevăzute de acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele încheiate între România și țara respectivă.

(2) Asigurarea socială de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane care nu se încadrează în prevederile alin. (1):

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
- b) cetățenii străini și apatrizii care se află temporar în țară;
- c) cetățenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în țară.

Art. 8. - (1) Obligația virării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate revine persoanei juridice sau fizice care angajează persoane cu contract individual de muncă sau convenție civilă, precum și persoanelor fizice, după caz.

(2) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații sunt obligate să depună lunar la casele de asigurări declarații privind obligațiile ce le revin față de fond.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică și persoanelor care exercită profesii liberale sau celor care sunt autorizate, potrivit legii, să desfășoare activități independente.

Art. 9. - În cazul neachitării în termen a contribuțiilor datorate fondului, CNAS, direct sau prin casele de asigurări, procedează la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate și a majorărilor de întârziere, potrivit procedurilor instituite de legislația privind executarea creanțelor bugetare.

SECȚIUNEA a 2-a **Drepturile și obligațiile asiguraților**

Art. 10. - (1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază care cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru care se elaborează de CNAS pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, și Ordinului Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMR, până la data de 31 octombrie a anului în curs pentru anul următor. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și Familiei, cu consultarea obligatorie a ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului. În cazul nefinalizării elaborării contractului-cadru în termenul prevăzut, Ministerul Sănătății și Familiei elaborează și supune spre aprobare Guvernului proiectul contractului-cadru până la data de 30 noiembrie.

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

- a)** pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;
- b)** lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);
- c)** criteriile și standardele calității pachetului de servicii;
- d)** alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;
- e)** tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- f)** internarea și externarea bolnavilor;
- g)** criteriile de internare în spital;
- h)** asigurarea tratamentului spitalicesc, măsuri de îngrijire la domiciliu sau de recuperare;
- i)** condițiile generale de acordare a tratamentului ambulatoriu;
- j)** prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor de mers și de autoservire;
- k)** modul de informare a asiguraților;
- l)** coplata pentru unele servicii medicale.

(4) Prin contractul-cadru se stabilesc condițiile organizării licitațiilor în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii de bază.

(5) Prevederile alin. (3) lit. e) se realizează prin consultarea reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale.

(6) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, cu consultarea CMR, CFR și OAMR, până la 15 decembrie a anului în curs pentru anul următor, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și familiei și al președintelui CNAS.

(7) În cazul nefinalizării normelor metodologice, Ministerul Sănătății și Familiei le va elabora și le va aproba prin ordin în termen de 5 zile de la data expirării termenului prevăzut la alin. (6).

(8) Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței vor elabora, cu avizul CNAS, norme proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, care se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și familiei și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 11. - (1) Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta ordonanță de urgență.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

- a)** să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu, unitatea spitalicească ce le va acorda servicii medicale, precum și casa de sănătate la care se asigură;
- b)** să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei ordonanțe de urgență, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;
- c)** să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 3 luni de la

data înscrierii pe listele acestuia;

- d)** să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- e)** să li se efectueze cel puțin un control profilactic în fiecare an, în funcție de sex și de grupa de vârstă căreia îi aparțin;
- f)** să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g)** să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și spitale acreditate;
- h)** să beneficieze de servicii medicale de urgență;
- i)** să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică;
- j)** să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;
- k)** să beneficieze de dispozitive medicale și alte materiale specifice;
- l)** să beneficieze de servicii și îngrijiri medicale la domiciliu.

Art. 12. - Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la art. 11 sunt următoarele:

- a)** să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- b)** să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- c)** să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d)** să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- e)** să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- f)** să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- g)** să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând diferența dintre tarifele acceptate la plată de sistemul de asigurări sociale de sănătate și cele practicate pe piață, denumită în continuare coplată, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- h)** să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atestă calitatea de asigurat.

Art. 13. - Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

Art. 14. - Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul internat în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorul persoanei cu handicap de gradul I internate se suportă de către casele de asigurări numai dacă, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de către CNAS și de CMR, medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată.

Art. 15. - Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, a nivelului de contribuție și a modalității de plată, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.

CAPITOLUL III
Servicii medicale suportate din fondul național unic
de asigurări sociale de sănătate

SECȚIUNEA 1
Servicii medicale profilactice

Art. 16. - (1) În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent de către casele de asigurări asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.

(2) Serviciile medicale profilactice suportate din fond sunt următoarele:

- a) monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului;
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- d) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări;
- e) servicii de planificare familială, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

(3) Detalierea serviciilor prevăzute la alin. (2) și modalitățile de acordare se stabilesc în contractul-cadru.

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

- a) trimestrial, pentru copiii până la vârsta de 18 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la grădiniță, fie la instituțiile de învățământ preuniversitar;
- b) de două ori pe an, pentru tinerii în vârstă de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă.

Art. 18. - (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul la un control medical în fiecare an pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, stabilite prin contractul-cadru.

(2) Neefectuarea în mod nejustificat de către asigurați a controalelor medicale periodice preventive poate atrage obligația de a suporta, după caz, unele costuri ale tratamentului curativ și de recuperare pentru afecțiunea nedepistată în timp. Prin contractul-cadru vor fi prevăzute situațiile în care aceste costuri se suportă de asigurați, precum și stimulentele pentru asigurații care efectuează controalele medicale periodice preventive.

SECȚIUNEA a 2-a
Servicii medicale curative

Art. 19. - (1) Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz.

(2) Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar acreditat, la indicația și sub supravegherea medicului.

Art. 20. - (1) Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate din fond sunt:

- a) serviciile medicale de urgență;

- b)** serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene paraclinice și de laborator;
- c)** tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- d)** prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și igieno-dietetic.
- (2)** Asigurații beneficiază de activități de suport constând în acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă sau îngrijirea copilului bolnav.
- (3)** Detalierea serviciilor prevăzute la alin. (1) și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.
- Art. 21.** - (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală primară și de specialitate ambulatorie, la indicația medicului de familie.
- (2)** Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitale acreditate.
- (3)** Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare integrală sau parțială și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.
- (4)** Asistența medicală de recuperare se acordă pentru o perioadă și după un ritm stabilite de medicul curant în unități sanitare acreditate.
- (5)** Servicii și îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de personal acreditat.
- Art. 22.** - Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul bucomaxilo-facial.
- Art. 23.** - (1) Tratamentele stomatologice se suportă din fond în condițiile stabilite prin contractul-cadru.
- (2)** În cazul copiilor în vârstă de până la 18 ani tratamentele stomatologice se suportă din fond în condițiile stabilite în contractul-cadru.

SECȚIUNEA a 3-a **Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale** **și alte mijloace terapeutice**

- Art. 24.** - Asigurații beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală. Modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor se prevăd în contractul-cadru.
- Art. 25.** - (1) Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală se elaborează anual de către Ministerul Sănătății și Familiei și CNAS, cu consultarea CFR, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.
- (2)** În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman.
- Art. 26.** - (1) Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) și g) se suportă integral din fond.
- (2)** Valoarea medicamentelor prevăzute la art. 25 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor care beneficiază de asistență medicală gratuită, în cazul categoriilor de persoane prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. c) și d), se suportă din fond.
- (3)** Asigurații au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor și la alte materiale de specialitate, în scopul protezării unor

deficiențe organice sau fiziologice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

(4) Asigurații beneficiază de tratamente fizioterapeutice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

(5) Asigurații beneficiază de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și de alte mijloace terapeutice la nivelul prețului de referință prevăzut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

SECȚIUNEA a 4-a **Servicii medicale și de îngrijiri la domiciliu**

Art. 27. - (1) Asigurații au dreptul să primească unele servicii medicale și îngrijiri la domiciliu din partea unui medic și/sau cadru mediu sanitar, dacă este necesar și indicat de medic.

(2) Condițiile acordării serviciilor medicale și a îngrijirilor la domiciliu se stabilesc prin contractul-cadru.

SECȚIUNEA a 5-a **Alte servicii speciale**

Art. 28. - Cheltuielile de transport sanitar, necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suportă din fond. Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

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

SECȚIUNEA a 6-a **Servicii medicale care nu sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate**

Art. 29. - (1) Serviciile medicale care nu sunt decontate din fond, costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitățile care le solicită, după caz, sunt:

- a) servicii de sănătate acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) servicii hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecții estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizare in vitro;
- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în contractul-cadru;
- j) asistență medicală la cerere;
- k) costul unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

- l)** cota-parte din costul protezelor și ortezelor;
 - m)** serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;
 - n)** unele tratamente de recuperare și de fizioterapie.
- (2)** Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. b), c), f), i) și n) și cota-parte prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin contractul-cadru.

SECȚIUNEA a 7-a **Asigurarea calității**

Art. 30. - Asigurarea calității pachetului de servicii de bază pentru asigurați revine CNAS prin respectarea următoarelor măsuri:

- a)** acceptarea încheierii de contracte numai cu furnizori acreditați conform legii, precum și a medicilor, asistenților medicali și altor categorii de personal acreditat;
- b)** existența unui sistem informațional corespunzător asigurării unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;
- c)** respectarea de către furnizori a criteriilor de calitate a asistenței medicale și stomatologice, elaborate de către CMR și OAMR;
- d)** utilizarea pentru tratamentul afecțiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- e)** utilizarea materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale autorizate, conform legii.

Art. 31. - (1) Criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților se elaborează de comisiile de specialitate ale CMR, se negociază cu CNAS și se referă la:

- a)** tratamentul medical;
- b)** tratamentul stomatologic;
- c)** acțiunile de depistare precoce a îmbolnăvirilor;
- d)** procedeele medicale de recuperare eficiente;
- e)** prescrierea de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și transportul bolnavilor;
- f)** eliberarea de certificate medicale necesare asiguraților pentru a beneficia de ajutoare de boală și de rapoarte necesare caselor de asigurări pentru îndeplinirea atribuțiilor lor.

(2) Criteriile sunt obligatorii pentru toți furnizorii de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurări.

Art. 32. - În vederea respectării calității serviciilor medicale furnizate asiguraților, CNAS și casele de asigurări organizează controlul activității medicale împreună cu comisiile de specialitate ale CMR, CFR și ale OAMR.

Controlul are la bază criteriile prevăzute la art. 30 și 31.

SECȚIUNEA a 8-a **Acțiuni comune pentru sănătate**

Art. 33. - (1) Ministerul Sănătății și Familiei proiectează, implementează și coordonează programe naționale de sănătate în scopul realizării obiectivelor politicii de sănătate publică, cu participarea instituțiilor cu răspundere în domeniul realizării politicii sanitare a statului.

(2) Obiectivele se stabilesc în colaborare cu CNAS, CMR, CFR, cu reprezentanți ai asociațiilor profesionale științifice medicale, ai clinicilor universitare, unităților de

cercetare, organizațiilor neguvernamentale, sindicatelor, patronatelor, ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, precum și cu reprezentanți ai populației.

Art. 34. - Unele activități de învățământ și cercetare din cadrul spitalelor, din unitățile ambulatorii de specialitate și din cabinetele medicale sunt suportate de la bugetul de stat, în condițiile legii.

Art. 35. - (1) Ministerul Sănătății și Familiei organizează împreună cu CNAS licitații la nivel național pentru achiziționarea medicamentelor și materialelor specifice pentru consumul în spitale și în ambulatoriu, în vederea realizării programelor de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare privind achizițiile publice, inclusiv a celor referitoare la aplicarea procedurii de licitație electronică.

(2) Medicamentele ce se acordă în ambulatoriu în cadrul programelor de sănătate se asigură prin farmaciile aparținând unităților sanitare prin care acestea se derulează sau prin cabinete medicale acreditate, după caz.

(3) CNAS este autorizată să încheie și să deruleze contracte de achiziții publice pentru medicamentele și materialele specifice necesare realizării programelor de sănătate ale căror cheltuieli se cuprind în bugetul acesteia.

SECȚIUNEA a 9-a

Atribuțiile Colegiului Medicilor din România în domeniul asigurărilor sociale de sănătate

Art. 36. - CMR are în domeniul asigurărilor sociale de sănătate următoarele atribuții și responsabilități:

- a)** elaborează criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților și participă la controlul respectării acestora;
- b)** elaborează ghiduri și protocoale de practică medicală;
- c)** elaborează criteriile privind calitatea asistenței stomatologice acordate asiguraților și urmărește respectarea acestora;
- d)** participă la acreditarea personalului medical.

SECȚIUNEA a 10-a

Acreditarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare

Art. 37. - (1) Pot intra în relație contractuală cu sistemul de asigurări sociale de sănătate numai furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente acreditați. Medicii, farmaciștii, personalul mediu sanitar și alte categorii de personal se acreditează după cum urmează:

- a)** medicii și alte categorii de personal cu studii superioare se acreditează de către comisiile formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, ai caselor de asigurări și ai direcțiilor de sănătate publică sau ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, după caz, în cadrul acreditării unității sanitare;
- b)** asistenții medicali se acreditează de către comisiile formate din reprezentanți ai OAMR, ai caselor de asigurări și ai direcțiilor de sănătate publică sau ai direcțiilor medicale ori structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare

proprii, după caz, în cadrul acreditării unității sanitare;

c) farmaciștii și asistenții de farmacie se acreditează de către comisiile formate din reprezentanți ai colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, ai caselor de asigurări și ai direcțiilor de sănătate publică sau ai direcțiilor medicale ori structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, după caz, în cadrul acreditării farmaciei.

(2) Regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevăzuți la alin. (1) se aprobă de către Consiliul de administrație al CNAS, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(3) Metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevăzuți la alin. (1) se elaborează de către CNAS și structurile naționale ale CMR, CFR și ale OAMR și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și familiei, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(4) Autorizarea furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare se face anual de către Ministerul Sănătății și Familiei. Metodologia de autorizare de aprobă prin ordin al ministrului sănătății și familiei. Lista furnizorilor de aparatură medicală și materiale sanitare autorizați este dată publicității anual.

CAPITOLUL IV

Relațiile caselor de asigurări sociale de sănătate cu furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente

Art. 38. - Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:

a) cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitalele și alte unități sanitare, medicii, personalul mediu sanitar și alte categorii de personal, personalul sanitar din serviciile conexe actului medical;

b) farmaciile, distribuitorii și producătorii de medicamente și materiale sanitare;

c) persoanele fizice și juridice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei.

Art. 39. - (1) Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări sunt de natură civilă, se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract care se încheie anual. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să prezinte, la încheierea contractului cu casa de asigurări, asigurări de răspundere civilă în domeniul medical în concordanță cu tipul de furnizor. Societățile de asigurări care oferă asigurări de răspundere civilă în domeniul medical trebuie să fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor și să posede un contract de reasigurare.

Art. 40. - Furnizorii de servicii medicale încheie cu casele de asigurări contracte anuale pe baza modelelor de contracte prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, în cuprinsul cărora pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare, negociate.

Art. 41. - Refuzul caselor de asigurări de a încheia contracte cu furnizorii pentru serviciile medicale din pachetul de bază, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu

indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

Art. 42. - (1) Casele de asigurări încheie cu furnizorii de servicii medicale contracte anuale pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.

(2) La încheierea contractelor părțile vor avea în vedere interesul asiguraților și vor ține seama de economicitatea, eficiența și calitatea serviciilor oferite pe baza criteriilor elaborate de CNAS, CMR, CFR și OAMR.

Art. 43. - (1) Prevederile contractului-cadru sunt date publicității pentru informarea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale.

(2) Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind și obligațiile părților legate de buna gestionare a fondurilor, precum și clauze care să reglementeze condițiile de plată a serviciilor furnizate până la definitivarea unui nou contract între părți, pentru perioada următoare celei acoperite prin contract.

(3) Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor.

Art. 44. - Casele de asigurări controlează modul în care furnizorii de servicii medicale respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligația să permită accesul la evidențele referitoare la derularea contractului.

Art. 45. - (1) Plata furnizorilor de servicii medicale poate fi:

a) în asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie prin tarif pe persoana asigurată, tarif pe serviciu medical, suma fixă negociată pe pachet de servicii medicale, după caz;

b) în asistența medicală din spitale și alte unități, în afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical, după caz;

c) prin tarife pentru anumite servicii, stabilite prin contractul-cadru;

d) prin preț de referință prevăzut în lista medicamentelor cu sau fără contribuție personală;

e) prin preț de referință prevăzut în lista de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

(2) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale se stabilește prin contractul-cadru.

Art. 46. - Decontarea serviciilor medicale se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări și furnizorii de servicii medicale, indiferent de casa de asigurări la care s-a virat contribuția asiguratului, pe baza documentelor justificative stabilite prin contractul-cadru.

Art. 47. - Asigurarea asistenței medicale și a îngrijirii la domiciliul bolnavului se contractează de casele de asigurări cu unități specializate, persoane fizice sau juridice acreditate.

Art. 48. - Asistența medicală de urgență prespitalicească se acordă prin servicii medicale specializate, acreditate.

Art. 49. - Serviciile de transport medical se contractează cu unități specializate acreditate.

CAPITOLUL V

Finanțarea serviciilor medicale

SECȚIUNEA 1

Constituirea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

Art. 50. - (1) Fondul se formează din:

- a) contribuții ale persoanelor fizice și juridice;
- b) subvenții de la bugetul de stat;
- c) dobânzi, donații, sponsorizări și alte venituri, în condițiile legii.

(2) Colectarea contribuțiilor se face de către casele de asigurări în contul unic deschis pe seama CNAS.

(3) În mod excepțional, în situații motivate, pentru acoperirea deficitului bugetului fondului, după epuizarea fondului de rezervă veniturile bugetului fondului se completează cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

Art. 51. - (1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6 alin. (1).

(2) Contribuția lunară a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 6,5%, care se aplică asupra:

- a) veniturilor din salarii care se supun impozitului pe venit;
- b) veniturilor din activități desfășurate de persoane care exercită profesii liberale sau autorizate potrivit legii să desfășoare activități independente;
- c) veniturilor din agricultură și silvicultură, stabilite potrivit normelor de venit pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator și nu se încadrează la lit. b);
- d) indemnizațiilor de șomaj și alocațiilor de sprijin;
- e) veniturilor din cedarea folosinței bunurilor, veniturilor din dividende și dobânzi și altor venituri care se supun impozitului pe venit numai în cazul în care nu realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a)-d).

(3) În cazul persoanelor care realizează venituri de natura celor prevăzute la alin. (2) lit. c) sub nivelul salariului de bază minim brut pe țară și care nu fac parte din familiile beneficiare de ajutor social, contribuția lunară de 6,5% datorată se calculează asupra sumei reprezentând o treime din salariul de bază minim brut pe țară.

(4) Contribuțiile prevăzute la alin. (2) și (3) se plătesc astfel:

- a) lunar, pentru cele prevăzute la alin. (2) lit. a) și d);
- b) trimestrial, pentru cele prevăzute la alin. (2) lit. b) și c) și la alin. (3);
- c) anual, pentru cele prevăzute la alin. (2) lit. e).

Art. 52. - (1) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații au obligația să calculeze și să vireze casei de asigurări o contribuție de 7% datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă; acestea au obligația să anunțe casei de asigurări orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor;

(2) Persoanele juridice sau fizice prevăzute la alin. (1) au obligația plății contribuției de 7% raportat la fondul de salarii realizat.

(3) Nerespectarea prevederilor art. 51 alin. (1) și ale art. 52 alin. (1) duce la diminuarea pachetului de servicii de bază, potrivit prevederilor art.

13. Diminuarea pachetului de servicii de bază are loc după 3 luni de la ultima plată a contribuției și se stabilește pe bază de documente justificative, stabilite prin contractul-cadru.

Art. 53. - (1) Pentru beneficiarii indemnizației de șomaj și ai alocației de sprijin

contribuția se calculează și se virează, o dată cu plata drepturilor bănești asupra cărora se calculează, de către cei care efectuează plata acestor drepturi.

(2) Persoanele care nu sunt salariate, dar au obligația să își asigure sănătatea potrivit prevederilor prezentei ordonanțe de urgență, sunt obligate să comunice direct casei de asigurări în a cărei rază teritorială își au domiciliul veniturile imposable, în vederea stabilirii și achitării contribuției de 6,5%, potrivit prezentei ordonanțe de urgență.

(3) Pentru cetățenii străini care se asigură facultativ contribuția la fond se calculează prin aplicarea cotei de 13,5% la valoarea a două salarii de bază minime brute pe țară pentru un pachet de servicii stabilit prin contractul-cadru.

(4) Persoanele care au obligația de a se asigura și nu pot dovedi plata contribuției sunt obligate, pentru a obține calitatea de asigurat, să achite contribuția legală pe ultimii 3 ani, începând cu data primei solicitări de acordare a serviciilor medicale, calculată la salariul de bază minim brut pe țară, potrivit normelor elaborate de CNAS și aprobate prin ordin al ministrului sănătății și familiei.

Art. 54. - (1) Contribuția datorată pentru persoanele prevăzute la art. 6 se suportă astfel:

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

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

c) de către bugetul asigurărilor de șomaj, pentru persoanele prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. d).

(2) Contribuțiile pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a) și b) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5% asupra sumei reprezentând valoarea a două salarii de bază minime brute pe țară.

(3) Contribuțiile pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. c) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5% asupra indemnizației de șomaj sau, după caz, asupra alocației de sprijin.

Art. 55. - (1) Angajatorii și asigurații care au obligația plății contribuției în condițiile prezentei ordonanțe de urgență și care nu o respectă datorează majorări pentru perioada de întârziere, egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării debitelor către bugetul de stat.

(2) În cazul neachitării la termen, potrivit legii, a contribuțiilor datorate fondului, CNAS, direct sau prin casele de asigurări, procedează la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor cuvenite bugetului fondului și a majorărilor de întârziere, potrivit legii.

(3) CNAS aprobă norme privind desfășurarea activității de executare silită a creanțelor datorate fondului.

(4) Angajatorii, indiferent de forma de proprietate, vor depune la bancă sau la trezorerie, după caz, o dată cu documentația pentru plata salariilor și a altor venituri pentru salariați, documentele pentru plata contribuțiilor datorate fondului, plățile efectuându-se simultan sub control bancar, respectiv trezorerie.

SECȚIUNEA a 2-a

Utilizarea și administrarea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

Art. 56. - Veniturile fondului colectate de casele de asigurări se utilizează pentru:

a) plata serviciilor medicale, a medicamentelor, a materialelor sanitare și dispozitivelor

medicale, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;

d) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a maximum 3% din sumele colectate;

c) fondul de rezervă în cotă de 1% din sumele constituite la nivelul CNAS.

Art. 57. - (1) Veniturile fondului nu pot fi utilizate pentru:

a) investiții pentru construirea și consolidarea de unități sanitare;

b) achiziționarea aparaturii medicale de înaltă performanță;

c) persoanele fără venituri sau cu venituri sub salariul de bază minim brut pe economie, care necesită activități de prevenire, de diagnostic, de terapie și de reabilitare în cazul afecțiunilor transmisibile, prevăzute în programele naționale elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei;

d) măsuri profilactice și tratamente instituite obligatoriu prin norme legale.

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) se suportă de la bugetul de stat.

Art. 58. - (1) Bugetul fondului se aprobă de către Parlament, la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat.

(2) Repartizarea pe domenii de asistență se aprobă conform legii.

(3) Bugetele de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări se aprobă de ordonatorul principal de credite în condițiile legii și, după caz, cu avizul ministerelor și al instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 59. - (1) Disponibilitățile caselor de asigurări la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență se virează în contul CNAS.

(2) Sumele rămase neutilizate la nivelul caselor de asigurări la sfârșitul fiecărui an se virează în contul CNAS și se utilizează pentru destinațiile prevăzute la art. 56.

(3) Sumele rămase la nivelul CNAS la sfârșitul anului se reportează în anul următor și se utilizează potrivit art. 56.

(4) Fondul de rezervă rămas neutilizat la finele anului se reportează în anul următor cu aceeași destinație.

(5) Utilizarea fondului de rezervă se stabilește prin legile bugetare anuale.

CAPITOLUL VI

Organizarea caselor de asigurări de sănătate

SECȚIUNEA 1

Constituirea caselor de asigurări de sănătate

Art. 60. - (1) CNAS este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, în coordonarea Ministerului Sănătății și Familiei, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății și Familiei și are sediul în municipiul București, calea Călărași nr. 248, sectorul 2.

(2) CNAS are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și are în subordine casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice,

Transporturilor și Locuinței, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(3) CNAS funcționează pe baza statutului propriu aprobat de consiliul de administrație. Casele de asigurări funcționează pe baza statutului propriu, care respectă prevederile statutului-cadru aprobat de Consiliul de administrație al CNAS. Pentru anul 2003 statutul se elaborează de Consiliul de administrație al CNAS și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

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

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

Art. 61. - (1) Casele de asigurări sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea CNAS.

(2) Casele de asigurări colectează contribuțiile și gestionează bugetul fondului aprobat, cu respectarea prevederilor prezentei ordonanțe de urgență, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

Art. 62. - Pe lângă CNAS funcționează consilii de experți pentru elaborarea proiectelor de acte normative care se aprobă de către Ministerul Sănătății și Familiei, cu consultarea obligatorie a ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

SECȚIUNEA a 2-a **Organizarea administrativă**

Art. 63. - Casele de asigurări pot înființa birouri de asigurări de sănătate fără personalitate juridică, la nivelul orașelor, al municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, în baza criteriilor stabilite prin ordin al ministrului sănătății și familiei.

SECȚIUNEA a 3-a **Atribuțiile caselor de asigurări de sănătate**

Art. 64. - (1) Atribuțiile CNAS sunt următoarele:

- a)** administrează fondul prin președintele CNAS, împreună cu casele de asigurări, și prezintă Ministerului Sănătății și Familiei rapoarte trimestriale și anuale privind execuția bugetară;
- b)** elaborează, implementează și gestionează procedurile și formularele unitare, avizate de Ministerul Sănătății și Familiei, pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- c)** elaborează și actualizează Registrul unic de evidență a asiguraților;
- d)** elaborează și publică raportul anual și planul de activitate pentru anul următor;
- e)** îndrumă metodologic și controlează modul de aplicare a dispozițiilor legale de către casele de asigurări;
- f)** răspunde pentru activitățile proprii sistemului de asigurări sociale de sănătate în fața

- Parlamentului, Guvernului, Ministerului Sănătății și Familiei și față de asigurați;
- g)** elaborează proiectul contractului-cadru, care se prezintă de către Ministerul Sănătății și Familiei spre aprobare Guvernului;
 - h)** negociază împreună cu CMR criteriile privind acordarea asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
 - i)** participă anual la elaborarea listei de medicamente eliberate cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripțiilor medicale, pentru persoanele asigurate;
 - j)** administrează bunurile mobile și imobile din patrimoniul propriu în condițiile legii;
 - k)** asigură organizarea sistemului informatic și informațional unic integrat pentru înregistrarea asiguraților și pentru gestionarea și administrarea fondului. Indicatorii folosiți în raportarea datelor în sistemul de asigurări de sănătate sunt unitari și se stabilesc de către Ministerul Sănătății și Familiei, la propunerea CNAS și CMR;
 - l)** negociază și contractează cu instituții abilitate de lege colectarea și prelucrarea datelor privind unele servicii medicale furnizate asiguraților, în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări;
 - m)** acordă gratuit informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;
 - n)** participă la licitații naționale organizate de Ministerul Sănătății și Familiei pentru achiziția de medicamente și materiale specifice pentru realizarea programelor de sănătate;
 - o)** încheie și derulează contracte de achiziții publice pentru medicamente și materiale specifice pentru realizarea programelor de sănătate;
 - p)** reglementează în mod unitar sistemul de asigurări de răspundere civilă;
 - r)** alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

(2) Realizarea atribuțiilor ce revin CNAS, potrivit prezentei ordonanțe de urgență, este supusă controlului Ministerului Sănătății și Familiei.

Art. 65. - Atribuțiile caselor de asigurări sunt următoarele:

- a)** să colecteze contribuțiile pentru fond;
- b)** să administreze bugetele proprii;
- c)** să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asigurați și să le comunice CNAS;
- d)** să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor. Acestea se avizează de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv de direcțiile medicale ale ministerelor cu rețele sanitare proprii, după caz;
- e)** să utilizeze toate demersurile legale pentru a optimiza colectarea contribuțiilor și recuperarea creanțelor restante la contribuții pentru fond;
- f)** să furnizeze gratuit informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;
- g)** să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale;
- h)** să negocieze, să contracteze și să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru;
- i)** să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora;
- j)** să organizeze licitații în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru;
- k)** alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

SECȚIUNEA a 4-a **Organele de conducere**

Art. 66. - (1) CNAS are următoarele organe de conducere:

- a)** adunarea reprezentanților;
- b)** consiliul de administrație;
- c)** președintele;
- d)** 2 vicepreședinți;
- e)** directorul general.

(2) Persoanele care fac parte din organele de conducere ale CNAS trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a)** să fie cetățeni români și să aibă domiciliul pe teritoriul României;
- b)** să aibă calitatea de asigurat;
- c)** să nu aibă cazier judiciar sau fiscal.

Art. 67. - (1) Adunarea reprezentanților se constituie pe o perioadă de 4 ani și cuprinde:

- a)** reprezentanți ai asiguraților delegați de consiliile județene și de Consiliul General al Municipiului București în număr de unu pentru fiecare județ și doi pentru municipiul București. Desemnarea acestor reprezentanți se face în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență;
- b)** 29 de membri numiți astfel: 2 de către Președintele României, 3 de către primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății și familiei, 3 de către Senat, la propunerea comisiei de specialitate, 3 de către Camera Deputaților, la propunerea comisiei de specialitate, 5 de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național, 5 de către organizațiile sindicale reprezentative la nivel național, 7 reprezentanți ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, respectiv câte un reprezentant al Ministerului de Interne, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Justiției, Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, Serviciului Român de Informații, Serviciului de Informații Externe și Serviciului de Telecomunicații Speciale, și un reprezentant al Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

(2) Sunt reprezentative la nivel național asociațiile patronale și organizațiile sindicale care îndeplinesc condițiile prevăzute de Legea

[nr 130/1996](#) privind contractul colectiv de muncă, republicată.

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

Art. 68. - (1) Adunarea reprezentanților se întrunește în ședință o dată pe an, la convocarea consiliului de administrație, sau în ședințe extraordinare, la convocarea președintelui CNAS, a consiliului de administrație sau a unui număr de cel puțin 30 de membri ai adunării reprezentanților.

(2) Adunarea reprezentanților poate adopta hotărâri dacă sunt prezente două treimi din numărul membrilor. Pentru adoptarea hotărârilor este necesar votul favorabil al majorității membrilor prezenți.

Art. 69. - Adunarea reprezentanților are următoarele atribuții:

- a)** propune modificarea Statutului CNAS;
- b)** îi alege și îi revocă pe cei doi membri în consiliul de administrație;

c) analizează repartizarea bugetului aprobat de către cei în drept și recomandă ordonatorului principal de credite cu delegație luarea măsurilor necesare pentru modificarea acestuia, în condițiile legii;

d) analizează modul de utilizare a fondului, costurile sistemului, serviciile acordate și tarifele practicate la contractarea pachetului de servicii de bază și recomandă măsurile legale pentru folosirea cu eficiență a fondurilor și de respectare a drepturilor asiguraților.

Art. 70. - (1) Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 17 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

a) 5 reprezentanți ai statului, dintre care unul este numit de Președintele României și 4 de primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății și familiei, a ministrului muncii și solidarității sociale, a ministrului finanțelor publice și a ministrului justiției;

b) 5 membri numiți prin consens de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național;

c) 5 membri numiți prin consens de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;

d) 2 membri aleși de către adunarea reprezentanților din rândul membrilor săi.

(2) Prevederile art. 67 alin. (3) se aplică și în cazul consiliului de administrație.

Art. 71. - (1) Președintele consiliului de administrație este președintele CNAS și îndeplinește și funcția de secretar de stat în cadrul Ministerului Sănătății și Familiei. Președintele CNAS este numit de primul-ministru dintre membrii consiliului de administrație, la propunerea Ministerului Sănătății și Familiei.

(2) Consiliul de administrație are 2 vicepreședinți aleși de consiliul de administrație prin vot secret. Vicepreședinții consiliului de administrație sunt și vicepreședinții CNAS.

(3) Președintele, vicepreședinții și directorul general al CNAS se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, pe perioada executării mandatului, cu excepția celor prevăzute la art. 75 alin. (1).

Art. 72. - (1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 11 membri.

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

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

Art. 73. - Președintele CNAS se delegă în condițiile legii, prin ordin al ministrului sănătății și familiei, ca ordonator principal de credite pentru administrarea și gestionarea fondului și reprezintă CNAS în relațiile cu terți și pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

Art. 74. - (1) Conducerea executivă a CNAS este asigurată de către directorul general.

(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pe o perioadă de 4 ani, și se numește prin ordin al ministrului sănătății și familiei.

(3) Organizarea concursului și criteriile de selecție sunt stabilite de ministrul sănătății și familiei și de președintele CNAS.

Art. 75. - (1) Pe timpul executării mandatului președintele și vicepreședinții sunt numiți pe o perioadă de 4 ani. Aceștia nu pot exercita pe durata mandatului nici o altă funcție sau demnitate publică, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior.

(2) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai CNAS, cu excepția președintelui și a vicepreședinților, și nu pot ocupa

funcții în structurile executive ale caselor de asigurări. Aceștia nu pot exercita activități la societăți comerciale sau la alte unități care se află în relații contractuale cu casele de asigurări.

(3) Salarizarea președintelui și a vicepreședinților CNAS se stabilește după cum urmează:

a) pentru președinte, la nivelul indemnizației prevăzute de lege pentru funcția de secretar de stat;

b) pentru vicepreședinți, la nivelul indemnizației prevăzute de lege pentru funcția de subsecretar de stat.

(4) Indemnizația prevăzută la alin. (3) reprezintă unica formă de remunerare a activității corespunzătoare funcției respective și constituie bază de calcul pentru stabilirea drepturilor și obligațiilor care se determină în raport cu venitul salarial.

(5) Salariul și celelalte drepturi de personal ale directorului general al CNAS se stabilesc la nivelul corespunzător prevăzut de lege pentru funcția de secretar general din minister.

(6) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, cu excepția președintelui și vicepreședinților, beneficiază de o indemnizație lunară de până la 20% din indemnizația președintelui CNAS, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

Art. 76. - (1) Consiliul de administrație al CNAS are următoarele atribuții:

a) aprobă statutul propriu al CNAS și statutul-cadru al caselor de asigurări;

b) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare;

c) stabilește atribuțiile vicepreședinților, la propunerea președintelui;

d) avizează strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea și utilizarea fondului;

e) avizează proiectul bugetului fondului și îl supune aprobării ordonatorului principal de credite cu delegație, în condițiile legii;

f) avizează, în condițiile legii, repartizarea pe case de asigurări a bugetului fondului;

g) avizează utilizarea fondului de rezervă;

h) aprobă programul de investiții;

i) aprobă încheierea de convenții de cooperare și finanțare de programe cu organisme internaționale;

j) analizează semestrial stadiul derulării contractelor și împrumuturilor;

k) avizează rapoartele de gestiune anuale, prezentate de președintele CNAS, contul de încheiere a exercițiului bugetar, precum și raportul anual de activitate;

l) avizează în baza raportului Curții de Conturi bilanțul contabil și descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS și pentru casele de asigurări;

m) avizează proiectul contractului-cadru și al normelor metodologice de aplicare a acestuia;

n) avizează lista medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală;

o) avizează criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților;

p) aprobă regulamentul de organizare și funcționare a comisiilor de acreditare și avizează criteriile de acreditare a personalului medical și a furnizorilor de servicii medicale;

q) aprobă criteriile de recrutare și modalitățile de formare a personalului din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

r) aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări sociale de sănătate;

s) aprobă programul anual de activitate pentru realizarea programului de asigurări sociale de sănătate;

t) analizează structura și modul de funcționare ale caselor de asigurări;

u) aprobă organigramele CNAS și ale caselor de asigurări teritoriale;

v) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.

(2) Consiliul de administrație se întrunește lunar, la convocarea președintelui CNAS.

Consiliul de administrație se poate întruni și în ședințe extraordinare, la cererea președintelui sau a cel puțin unei treimi din numărul membrilor săi.

(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, Consiliul de administrație al CNAS adoptă hotărâri, în condițiile prevăzute la art. 72 alin. (2).

Art. 77. - (1) Atribuțiile principale ale președintelui CNAS sunt următoarele:

a) exercită atribuțiile prevăzute de lege, în calitate de ordonator principal de credite cu delegație, pentru administrarea și gestionarea fondului;

b) organizează și coordonează activitatea de audit în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit atribuțiilor specifice ale CNAS și ale caselor de asigurări;

c) participă ca invitat la ședințele Guvernului în care sunt dezbătute aspecte referitoare la sănătatea populației;

d) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul CNAS;

e) prezidează ședințele adunării reprezentanților;

f) alte atribuții stabilite prin Statutul CNAS.

(2) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, precum și pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație, președintele CNAS emite decizii care devin executorii după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate. Deciziile cu caracter normativ emise în aplicarea prezentei ordonanțe de urgență se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 78. - (1) Personalul CNAS și al caselor de asigurări este constituit din funcționari publici și personal contractual în condițiile legii.

(2) Salariul și celelalte drepturi ale personalului prevăzut la alin. (1) sunt cele stabilite de actele normative în vigoare aplicabile instituțiilor publice.

Art. 79. - Organele de conducere ale caselor de asigurări sunt consiliul de administrație și președintele - director general.

Art. 80. - (1) Consiliul de administrație al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București este alcătuit din 9 membri, desemnați după cum urmează:

a) unul de consiliul județean, respectiv de Consiliul General al Municipiului București;

b) unul de prefect, la propunerea direcției de sănătate publică județene, respectiv a Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București;

c) 3 de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;

d) 3 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;

e) președintele, care este directorul general al casei de asigurări.

(2) Consiliul de administrație al Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței este alcătuit din 5 membri, desemnați după cum urmează:

a) unul de către Ministerul Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței;

b) unul din partea confederațiilor reprezentative ale sindicatelor;

c) unul din partea asociațiilor reprezentative ale patronatelor;

d) unul din partea Ministerului Sănătății și Familiei;

e) președintele Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței.

(3) Consiliul de administrație al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se constituie potrivit dispozițiilor Ordonanței Guvernului [nr 56/1998](#), aprobată cu modificări și completări prin Legea [nr 458/2001](#).

(4) Mandatul membrilor consiliilor de administrație ale caselor de asigurări este de 4 ani. Membrii consiliilor de administrație ale caselor de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de până la 20% din salariul directorului general al casei de asigurări respective, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

(5) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit, iar pe funcțiile rămase vacante sunt numiți noi membri, până la expirarea mandatului în curs.

(6) Atribuțiile consiliilor de administrație ale caselor de asigurări sunt stabilite de către CNAS, în concordanță cu prevederile prezentei ordonanțe de urgență.

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

(8) Ședințele consiliului de administrație sunt publice, cu excepția cazurilor în care membrii consiliului decid prin vot ca acestea să se desfășoare cu ușile închise.

Problemele legate de buget se vor discuta întotdeauna în ședințe publice.

Art. 81. - (1) Directorii generali ai caselor de asigurări sunt numiți pe bază de concurs, prin decizie a președintelui CNAS sau, după caz, prin ordin al ministrului lucrărilor publice, transporturilor și locuinței, respectiv în condițiile prevăzute de Ordonanța Guvernului [nr 56/1998](#), aprobată cu modificări și completări prin Legea [nr 458/2001](#). Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei de asigurări și președintele acestuia.

(2) Directorul general al casei de asigurări este ordonator de credite, în condițiile legii.

(3) Directorul general se numește pentru un mandat de 4 ani, după validarea concursului, și se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior. Directorul general este salarizat în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(4) Atribuțiile principale ale directorului general sunt:

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

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

c) organizează și coordonează activitatea de urmărire și control al colectării contribuțiilor la fond;

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

e) stabilește modalitatea de contractare, cu respectarea contractului-cadru;

f) organizează împreună cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguraților și propune măsuri în caz de nerespectare a acestora;

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

h) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul casei de asigurări.

SECȚIUNEA a 5-a

Serviciul medical al Casei de Asigurări

Art. 82. - (1) În cadrul CNAS funcționează serviciul medical, care este condus de un medic-șef.

(2) La nivelul caselor de asigurări funcționează un serviciu medical, în raport cu numărul asiguraților, care este condus de un medic-șef.

(3) Funcția de medic-șef al CNAS și al caselor de asigurări se ocupă prin concurs organizat de CNAS, în condițiile legii.

(4) Funcția de medic-șef al CNAS este echivalentă cu cea de director general adjunct. Funcția de medic-șef al CNAS se salarizează potrivit legii.

Art. 83. - (1) Serviciul medical al CNAS urmărește interesele asiguraților cu privire la calitatea serviciilor acordate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări.

(2) Criteriile privind acordarea serviciilor medicale pentru asigurați se elaborează de către serviciul medical al CNAS împreună cu CMR, se actualizează ori de câte ori este nevoie și se prevăd în clauzele contractelor de furnizare de servicii.

(3) Atribuțiile serviciului medical sunt stabilite prin statut.

SECȚIUNEA a 6-a

Obligațiile Caselor de Asigurări

Art. 84. - Obligațiile CNAS sunt următoarele:

a) să asigure logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;

b) să urmărească colectarea și folosirea cu eficiență a fondului;

c) să folosească mijloace adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;

d) să acopere potrivit principiilor prezentei ordonanțe de urgență nevoile de servicii de sănătate ale persoanelor, în limita fondurilor disponibile.

Art. 85. - Obligațiile caselor de asigurări sunt următoarele:

a) să verifice acordarea serviciilor medicale, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

b) să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate și prestate asiguraților, în maximum 30 de zile de la data raportării, în caz contrar urmând a suporta penalitățile prevăzute în contract;

c) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

e) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora, cu cel puțin 30 de zile înainte de aplicarea modificării;

f) să asigure confidențialitatea datelor în condițiile prezentei ordonanțe de urgență;

- g)** să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;
- h)** să transmită situațiile statistice și alte activități raportate de furnizorii de servicii medicale către instituțiile interesate, respectiv direcțiilor de sănătate publică și centrelor de statistică, cu respectarea prevederilor art. 64 alin. (1) lit. k);
- i)** să raporteze CNAS, la termenele stabilite, datele solicitate privind serviciile medicale furnizate, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate;
- j)** să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare.

CAPITOLUL VII **Controlul**

SECȚIUNEA 1 **Controlul de gestiune**

Art. 86. - Controlul de gestiune al CNAS și al caselor de asigurări se face anual de către Curtea de Conturi.

Art. 87. - Auditul intern se va exercita conform legii.

SECȚIUNEA a 2-a **Controlul serviciilor**

Art. 88. - CNAS împreună cu CMR, CFR și OAMR organizează controlul serviciilor medicale care se acordă asiguraților potrivit prezentei ordonanțe de urgență.

SECȚIUNEA a 3-a **Controlul Ministerului Sănătății și Familiei**

Art. 89. - Ministerul Sănătății și Familiei, ca autoritate națională în domeniul sănătății publice și ordonator principal de credite, are următoarele atribuții:

- a)** asigură, răspunde, coordonează și controlează, după caz, organizarea activității de asistență medicală - primară, secundară și terțiară -, asistență de urgență, curativă, de recuperare medicală, asistență medicală la domiciliu care se acordă prin unitățile sanitare publice și private;
- b)** stabilește principalele obiective de etapă pe termen mediu și lung în domeniul sănătății populației și al reformei în sistemul sanitar;
- c)** asigură supravegherea și controlul respectării legislației de către toate unitățile publice și private care au responsabilități în domeniul sănătății publice, de personalul din sistemul sanitar, inclusiv de către sistemele de asigurări sociale și private, colaborând în acest scop cu CNAS, CMR, CFR și OAMR, cu autoritățile publice locale și cu alte instituții abilitate;

d) aplică măsurile corespunzătoare în situațiile în care se constată de către organele abilitate nerespectarea prevederilor legale.

SECȚIUNEA a 4-a **Arbitrajul**

Art. 90. - (1) CNAS împreună cu CMR și OAMR organizează Comisia centrală de arbitraj care soluționează litigiile dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări.

(2) Comisia centrală de arbitraj este formată din 4 arbitri, dintre care 2 delegați numiți de către CNAS și câte un delegat numit de CMR și OAMR.

(3) Președintele Comisiei centrale de arbitraj va fi un arbitru acceptat de părți.

Art. 91. - (1) Arbitrii pot fi medici, juriști sau economiști, acreditați și înregistrați de Ministerul Sănătății și Familiei.

(2) Regulamentul de activitate al arbitrilor se elaborează de către CNAS, împreună cu CMR și OAMR, și se avizează de către Ministerul Justiției.

Art. 92. - Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj sunt obligatorii pentru toate părțile ale căror litigii se soluționează de către aceasta și se completează în mod corespunzător cu prevederile [Codului](#) de procedură civilă.

CAPITOLUL VIII **Răspunderi și sancțiuni**

Art. 93. - Încălcarea prevederilor prezentei ordonanțe de urgență atrage răspunderea materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.

SECȚIUNEA 1 **Infrațiuni**

Art. 94. - Fapta persoanei care dispune utilizarea în alte scopuri sau nevirarea la fond a contribuției reținute de la asigurați constituie infracțiunea de deturnare de fonduri și se pedepsește conform prevederilor [art 302](#) din Codul penal.

Art. 95. - Completarea declarației prevăzute la art. 8 alin. (2) cu date nereale, având ca efect denaturarea evidențelor privind asigurații, stadiul de cotizare sau contribuțiile față de fond, constituie infracțiunea de fals intelectual și se pedepsește conform prevederilor [art 289](#) Cod penal.

SECȚIUNEA a 2-a **Contravenții**

Art. 96. - Constituie contravenții următoarele fapte:

a) nedepunerea la termen a declarației prevăzute la art. 8 alin. (2);

b) nevirarea contribuției datorate conform art. 52 alin. (1) de către persoanele fizice și

juridice angajatoare;

c) refuzul de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări documentele justificative și actele de evidență necesare în vederea stabilirii obligațiilor la fond;

d) refuzul de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări documentele financiar-contabile justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind modul de utilizare a sumelor decontate din fond.

Art. 97. - Contravențiile prevăzute la art. 96 se sancționează după cum urmează:

a) cele prevăzute la lit. a) și c), cu amendă de la 5.000.000 lei la 10.000.000 lei;

b) cele prevăzute la lit. b) și d), cu amendă de la 30.000.000 lei la 50.000.000 lei.

Art. 98. - Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor se fac de către organele de control ale caselor de asigurări.

Art. 99. - Amenzile contravenționale aplicate conform prezentei ordonanțe de urgență constituie venituri la fond.

Art. 100. - (1) Contravențiilor prevăzute la art. 96 le sunt aplicabile dispozițiile Ordonanței Guvernului [nr 2/2001](#) privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea [nr 180/2002](#), cu modificările ulterioare.

(2) Contravenientul poate achita, pe loc sau în termen de cel mult 48 de ore de la data încheierii procesului-verbal ori, după caz, de la data comunicării acestuia, jumătate din minimul amenzii prevăzute la art. 97, agentul constatatator făcând mențiune despre această posibilitate în procesul-verbal.

(3) Dispozițiile prezentei ordonanțe de urgență referitoare la obligațiile față de fond se completează cu prevederile Legii [nr 87/1994](#) pentru combaterea evaziunii fiscale.

CAPITOLUL IX

Dispoziții finale

Art. 101. - (1) Organele de conducere ale CNAS și ale caselor de asigurări se constituie în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(2) În termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență vor fi organizate concursurile pentru ocuparea funcției de director general al CNAS și de președinte - director general al caselor de asigurări.

(3) Până la ocuparea prin concurs a funcțiilor prevăzute la alin. (2) atribuțiile funcțiilor respective vor fi îndeplinite de cei aflați în funcția de director general al CNAS, precum și de director general al casei de asigurări respective la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

Art. 102. - (1) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, precum și personalul angajat al acestor case de asigurări, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății și Familiei, direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare, cabinetelor medicale, funcții alese sau numite în cadrul CMR, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, CFR, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale ale OAMR sau funcții în cadrul societăților comerciale cu profil de asigurări, farmaceutic sau de aparatură medicală.

(2) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale

caselor de asigurări care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al doilea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație nu pot participa la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

(3) Persoanele care la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență se află în una dintre incompatibilitățile prevăzute la alin. (1) vor opta pentru una dintre funcțiile ocupate în termen de 30 de zile.

(4) Consiliile județene, respectiv Consiliul General al Municipiului București, vor asigura numirea persoanelor desemnate în adunarea reprezentanților. La nivel național întrunirea adunării reprezentanților va fi asigurată de către CNAS.

(5) În cazul în care consiliile județene, respectiv Consiliul General al Municipiului București, nu pot desemna prin vot delegați în adunarea reprezentanților, președinții consiliilor județene numesc persoanele în cauză în termen de 5 zile de la data ședinței organizate în acest scop de consiliul județean.

Art. 103. - (1) CNAS gestionează și administrează bunurile mobile și imobile dobândite, în condițiile legii, din activități proprii, subvenții, donații sau din alte surse.

(2) Autoritățile publice centrale sau locale pot transmite, în condițiile prevăzute de lege, bunuri mobile și imobile în administrarea CNAS și a caselor de asigurări.

Art. 104. - Structurile actuale de asigurări de sănătate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii își adaptează organizarea și funcționarea la prevederile prezentei ordonanțe de urgență, cu păstrarea specificului activității acestor autorități publice, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a acesteia.

Art. 105. - În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, pentru asigurarea serviciilor medicale consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

Art. 106. - Persoanele care prin faptele lor aduc prejudicii sau daune sănătății altei persoane răspund potrivit legii și sunt obligate să suporte cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată. Sumele reprezentând aceste cheltuieli vor fi recuperate prin grija caselor de asigurări și constituie venituri ale fondului.

Art. 107. - Prezenta ordonanță de urgență intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, cu excepția prevederilor art. 6 alin. (1) lit. e) și h), art. 50 alin. (2) și (3), art. 51 alin. (2) și (3), art. 53 alin. (2) și (3), art. 54 alin. (2) și (3), art. 56 și art. 59 alin.

(1), referitoare la reducerea contribuției de asigurări sociale de sănătate și scutirea de la obligația plății acesteia de către unele categorii de persoane, care intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2003.

Art. 108. - (1) Pe data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență se abrogă Legea asigurărilor sociale de sănătate [nr 145/1997](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 178 din 31 iulie 1997, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare.

(2) Până la data de 1 ianuarie 2003 rămân aplicabile prevederile Legii nr.

145/1997 referitoare la colectarea și utilizarea fondurilor de asigurări sociale de sănătate.

PRIM-MINISTRU
ADRIAN NĂSTASE

Contrasemnează:



Ministrul sănătății și familiei,

Daniela Bartoș

p. Ministrul apărării naționale,

George Cristian Maior,

secretar de stat

Ministru de interne,

Ioan Rus

p. Ministrul lucrărilor publice, transporturilor și locuinței,

Traian Panait,

secretar de stat

p. Ministrul justiției,

Alexe Ivanov Costache,

secretar de stat

Ministrul finanțelor publice,

Mihai Nicolae Tănăsescu

p. Ministrul muncii și solidarității sociale,

Ion Giurescu,

secretar de stat

București, 31 octombrie 2002.

Nr. 150.