

ORDONANTA DE URGENTA nr. 150 din 31 octombrie 2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate

În temeiul art. 114 alin. (4) din Constitutie,

Guvernul României adopta prezenta ordonanta de urgenta.

CAPITOLUL I: Dispozitii generale

Art. 1

(1) Asigurarile sociale de sanatate reprezinta principalul sistem de finantare a ocrotirii si promovarii sanatatii populatiei care asigura acordarea unui pachet de servicii de baza.

(2) Asigurarile sociale de sanatate sunt obligatorii si functioneaza ca un sistem unitar, pe baza urmatoarelor principii:

- a) alegerea libera a casei de asigurari de sanatate;
- b) solidaritate si subsidiaritate în colectarea si utilizarea fondurilor;
- c) alegerea libera de catre asigurati a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu si a unitatii sanitare;
- d) participarea obligatorie la plata contributiei de asigurari sociale de sanatate pentru formarea fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- e) participarea persoanelor asigurate, a statului si a angajatorilor la managementul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- f) acordarea unui pachet de servicii medicale de baza, în mod echitabil si nediscriminatoriu, oricarui asigurat;
- g) transparenta activitatii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

(3) Pot functiona si alte forme de asigurare a sanatatii în diferite situatii speciale. Aceste asigurari nu sunt obligatorii.

Art. 2

(1) Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, denumit în continuare fondul, este un fond special care se constituie si se utilizeaza potrivit prezentei ordonante de urgenta.

(2) Constituirea fondului se face din contributia de asigurari sociale de sanatate, denumita în continuare contributie, suportata de asigurati, de persoanele fizice si juridice care angajeaza personal salariat, din subventii de la bugetul de stat, precum si din alte surse - donatii, sponsorizari, dobânzi, potrivit legii.

(3) Administrarea fondului se face, în conditiile legii, de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, denumita în continuare CNAS, si, respectiv, prin casele de asigurari sociale de sanatate judetene si a municipiului Bucuresti, inclusiv prin Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumite în continuare case de asigurari.

(4) CNAS poate propune Ministerului Sanatatii si Familiei proiecte de acte normative care au incidenta asupra constituirii si utilizarii fondului.

Art. 3

(1) În sensul prezentei ordonante de urgenta, urmatoorii termeni se definesc astfel:

- a) serviciile medicale sunt acele servicii si produse furnizate de catre persoane fizice si juridice, în conditiile prezentei ordonante de urgenta;
- b) furnizorii sunt persoane fizice sau juridice autorizate oficial si recunoscute de catre Ministerul Sanatatii si Familiei pentru a furniza servicii sau produse medicale;
- c) pachetul de servicii de baza cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sanatatii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si alte servicii si produse la care au dreptul asiguratii si se suporta din fond, în conditiile contractului-cadru;

d) autorizarea reprezinta un control al calificarii si al respectarii legislatiei existente în domeniu, efectuat pentru toate tipurile de furnizori, necesar pentru a obtine permisiunea de a furniza servicii medicale în România;

e) acreditarea este un proces de evaluare externa a calitatii serviciilor de sanatate, care confera dreptul de a putea intra în relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, fiind o conditie obligatorie pentru încheierea contractului;

f) contractarea este procedura care reglementeaza conditiile furnizarii serviciilor de catre furnizori pentru cei asigurati de casele de asigurari;

g) pret de referinta este pretul utilizat în sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru plata medicamentelor, materialelor sanitare si a dispozitivelor medicale, potrivit politicii de preturi a Ministerului Sanatatii si Familiei;

h) dispozitivele medicale cuprind materialele sanitare pentru corectarea vazului, auzului, pentru protezarea membrelor, respectiv proteze, orteze, dispozitive de mers si alte materiale specifice, necesare în scopul recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice.

(2) Definitiiile care pot exista în alte legi si care sunt diferite de cele prevazute la alin. (1) nu se aplica în cazul prezentei ordonante de urgenta.

CAPITOLUL II: Asiguratii

SECTIUNEA 1: Persoanele asigurate

Art. 4

(1) Sunt asigurati, potrivit prezentei ordonante de urgenta, toti cetatenii români cu domiciliul în tara, precum si cetatenii straini si apatrizii care au domiciliul sau resedinta în România. În aceasta calitate au obligatia platii contributiei de asigurare potrivit prevederilor prezentei ordonante de urgenta.

(2) Calitatea de asigurat si drepturile de asigurare înceteaza o data cu pierderea dreptului de domiciliu sau de resedinta în România.

(3) Documentele justificative privind dobândirea calitatii de asigurat se stabilesc prin ordin al ministrului sanatatii si familiei, la propunerea CNAS.

Art. 5

(1) Calitatea de asigurat se dovedeste cu un document justificativ - adeverinta sau carnet de asigurat - eliberat prin grija casei la care este înscris asiguratul. În termen de un an de la aprobarea prezentei ordonante de urgenta va fi introdus cardul electronic de asigurat, care se suporta din fond.

(2) Metodologia si modalitatile de gestionare si de distribuire ale cardului de asigurat se stabilesc de catre CNAS.

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

- a) datele de identitate si codul numeric personal;
- b) dovada achitarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate;
- c) înregistrarea numarului de solicitari de servicii medicale, prin codul furnizorului;
- d) diagnostice medicale cu risc vital;
- e) consim tamântul referitor la donarea de tesuturi si organe;
- f) grupa sanguina si Rh.

Art. 6

(1) Urmatoarele categorii de persoane beneficiaza de asigurare, fara plata contributiei:

- a) toti copiii pâna la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani pâna la vârsta de 26 de ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca;
- b) sotul, sotia si parintii fara venituri proprii, aflati în întreținerea unei persoane asigurate;

c) persoanele ale caror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. [118/1990](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurata cu începere de la 6 martie 1945, precum si celor deportate în strainatate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificarile si completarile ulterioare, prin Ordonanta Guvernului nr. [105/1999](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de catre regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 pâna la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobata prin Legea nr. [189/2000](#), cu modificarile si completarile ulterioare, prin Legea nr. [44/1994](#) privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, precum si persoanele prevazute la art. 2 din Legea nr. [42/1990](#) pentru cinstirea eroilor-martiri si acordarea unor drepturi urmasilor acestora, ranitilor, precum si luptatorilor pentru victoria Revolutiei din decembrie 1989, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, daca nu realizeaza alte venituri decât cele provenite din drepturile banesti acordate de aceste legi, precum si cele provenite din pensii;

d) persoanele cu handicap care nu realizeaza venituri din munca, pensie sau alte surse si se afla în îngrijirea familiei;

e) pensionarii de asigurari sociale, pensionarii militari, pensionarii I.O.V.R. si alte categorii de pensionari;

f) bolnavii cu afectiuni incluse în programele nationale de sanatate stabilite de Ministerul Sanatatii si Familiei, pâna la vindecarea respectivei afectiuni, daca nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte surse;

g) femeile însărcinate sau lauzele, daca nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de baza minim brut pe tara;

h) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. [416/2001](#) privind venitul minim garantat, cu modificarile si completarile ulterioare;

i) persoanele care se afla în executarea masurilor prevazute în art. 105, 113 si 114 din Codul penal; persoanele care se afla în perioada de amânare sau întrerupere a executarii pedepsei privative de libertate, daca nu au venituri.

(2) Sunt asigurate persoanele aflate în una dintre urmatoarele situatii, pe durata acesteia, cu plata contributiei din alte surse, în conditiile prezentei ordonante de urgenta:

a) satisfac serviciul militar în termen;

b) se afla în concediu medical, în concediu medical pentru sarcina si lauzie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârsta de pâna la 7 ani;

c) executa o pedeapsa privativa de libertate sau se afla în arest preventiv;

d) persoanele care beneficiaza de indemnizatie de somaj sau, dupa caz, de alocatie de sprijin.

Art. 7

(1) Cetatenii statelor membre ale Uniunii Europene, precum si cetatenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, conventii sau protocoale internationale de cooperare în domeniul sanatatii si stiintelor medicale beneficiaza de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriul României, în conditiile prevazute de acordurile, înțelegerile, conventiile sau protocoalele încheiate între România si tara respectiva.

(2) Asigurarea sociala de sanatate este facultativa pentru urmatoarele categorii de persoane care nu se încadreaza în prevederile alin. (1):

a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;

b) cetatenii straini si apatrizii care se afla temporar în tara;

c) cetatenii români cu domiciliul în strainatate care se afla temporar în tara.

Art. 8

(1) Obligatia virarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate revine persoanei juridice sau fizice care angajeaza persoane cu contract individual de munca sau conventie civila, precum si persoanelor fizice, dupa caz.

(2) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoara activitatea asiguratii sunt obligate sa depuna lunar la casele de asigurari declaratii privind obligatiile ce le revin fata de fond.

(3) Prevederile alin. (1) si (2) se aplica si persoanelor care exercita profesii liberale sau celor care sunt autorizate, potrivit legii, sa desfasoare activitati independente.

Art. 9

În cazul neachitarii în termen a contributiilor datorate fondului, CNAS, direct sau prin casele de asigurari, procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru încasarea sumelor datorate si a majorarilor de întârziere, potrivit procedurilor instituite de legislatia privind executarea creantelor bugetare.

SECTIUNEA 2: Drepturile si obligatiile asiguratilor

Art. 10

(1) Asiguratii au dreptul la un pachet de servicii de baza care cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sanatatii, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale.

(2) Drepturile prevazute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru care se elaboreaza de CNAS pe baza consultarii Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Farmacistilor din România, denumit în continuare CFR, si Ordinului Asistentilor Medicali din România, denumit în continuare OAMR, pâna la data de 31 octombrie a anului în curs pentru anul urmator. Proiectul se avizeaza de Ministerul Sanatatii si Familiei, cu consultarea obligatorie a ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, si se aproba prin hotărâre a Guvernului. În cazul nefinalizarii elaborarii contractului-cadru în termenul prevazut, Ministerul Sanatatii si Familiei elaboreaza si supune spre aprobare Guvernului proiectul contractului-cadru pâna la data de 30 noiembrie.

(3) Contractul-cadru reglementeaza, în principal, conditiile acordarii asistentei medicale cu privire la:

- a) pachetul de servicii de baza la care au dreptul persoanele asigurate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale si a altor servicii pentru asigurati aferente pachetului de servicii de baza prevazut la lit. a);
- c) criteriile si standardele calitatii pachetului de servicii;
- d) alocarea resurselor si controlul costurilor sistemului de asigurari sociale de sanatate în vederea realizarii echilibrului financiar al fondului;
- e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de baza, modul de decontare si actele necesare în acest scop;
- f) internarea si externarea bolnavilor;
- g) criteriile de internare în spital;
- h) asigurarea tratamentului spitalicesc, masuri de îngrijire la domiciliu sau de recuperare;
- i) conditiile generale de acordare a tratamentului ambulatoriu;
- j) prescrierea si eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor si a ortezelor, a dispozitivelor de mers si de autoservire;
- k) modul de informare a asiguratilor;
- l) coplata pentru unele servicii medicale.

(4) Prin contractul-cadru se stabilesc conditiile organizarii licitatiilor în vederea contractarii unor servicii din pachetul de servicii de baza.

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

(6) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, cu consultarea CMR, CFR si OAMR, pâna la 15 decembrie a anului în curs pentru anul urmator, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei si al presedintelui CNAS.

(7) În cazul nefinalizarii normelor metodologice, Ministerul Sanatatii si Familiei le va elabora si le va aproba prin ordin în termen de 5 zile de la data expirarii termenului prevazut la alin. (6).

(8) Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei vor elabora, cu avizul CNAS, norme proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale, care se aproba prin ordin comun al ministrului sanatatii si familiei si al ministrilor si conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

Art. 11

(1) Asiguratii beneficiaza de pachetul de servicii de baza în caz de boala sau de accident, din prima zi de îmbolnavire sau de la data accidentului si pâna la vindecare, în conditiile stabilite de prezenta ordonanta de urgenta.

(2) Asiguratii au urmatoarele drepturi:

- a) sa aleaga medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu, unitatea spitaleasca ce le va acorda servicii medicale, precum si casa de sanatate la care se asigura;
- b) sa fie înscrisi pe lista unui medic de familie pe care îl solicita, daca îndeplinesc toate conditiile prezentei ordonante de urgenta, suportând cheltuielile de transport daca optiunea este pentru un medic din alta localitate;
- c) sa își schimbe medicul de familie ales numai dupa expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- d) sa beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în conditiile legii;
- e) sa li se efectueze cel puțin un control profilactic în fiecare an, în functie de sex si de grupa de vârsta careia îi apartin;
- f) sa beneficieze de servicii de asistenta medicala preventiva si de promovare a sanatatii, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) sa beneficieze de servicii medicale în ambulatorii si spitale acreditate;
- h) sa beneficieze de servicii medicale de urgenta;
- i) sa beneficieze de unele servicii de asistenta stomatologica;
- j) sa beneficieze de tratament fizioterapeutic si de recuperare;
- k) sa beneficieze de dispozitive medicale si alte materiale specifice;
- l) sa beneficieze de servicii si îngrijiri medicale la domiciliu.

Art. 12

Obligatiile asiguratilor pentru a putea beneficia de drepturile prevazute la art. 11 sunt urmatoarele:

- a) sa se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- b) sa anunte medicul de familie ori de câte ori apar modificari în starea lor de sanatate;
- c) sa se prezinte la controalele profilactice si periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d) sa anunte în termen de 15 zile medicul de familie si casa de asigurari asupra modificarilor datelor de identitate sau modificarilor referitoare la încadrarea lor într-o anumita categorie de asigurati;
- e) sa respecte cu strictete tratamentul si indicatiile medicului;
- f) sa aiba o conduita civilizata fata de personalul medico-sanitar;
- g) sa achite contributia datorata fondului si suma reprezentând diferenta dintre tarifele acceptate la plata de sistemul de asigurari sociale de sanatate si cele practicate pe piata, denumita în continuare coplata, în conditiile stabilite prin contractul-cadru;
- h) sa prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atesta calitatea de asigurat.

Art. 13

Persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat beneficiaza de servicii medicale numai în

cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemoepidemic în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

Art. 14

Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoteste copilul internat în vârsta de pâna la 3 ani, precum si pentru însoțitorul persoanei cu handicap de gradul I internate se suporta de catre casele de asigurari numai daca, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de catre CNAS si de CMR, medicul considera necesara prezenta lor pentru o perioada determinata.

Art. 15

Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o data pe an, prin casele de asigurari, asupra serviciilor de care beneficiaza, a nivelului de contributie si a modalitatii de plata, precum si asupra drepturilor si obligatiilor sale.

CAPITOLUL III: Servicii medicale suportate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate

SECTIUNEA 1: Servicii medicale profilactice

Art. 16

(1) În scopul prevenirii îmbolnavirilor, al depistarii precoce a bolii si al pastrarii sanatatii, asiguratii vor fi informati permanent de catre casele de asigurari asupra mijloacelor de pastrare a sanatatii, de reducere si de evitare a cauzelor de îmbolnavire si asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool si tutun.

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

- a) monitorizarea evolutiei sarcinii si a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;
- b) urmarirea dezvoltarii fizice si psihomotorii a sugarului si a copilului;
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecinte majore în morbiditate si mortalitate;
- d) servicii medicale din cadrul programului national de imunizari;
- e) servicii de planificare familiala, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

(3) Detalierea serviciilor prevazute la alin. (2) si modalitatile de acordare se stabilesc în contractul-cadru.

Art. 17

Serviciile medicale stomatologice preventive se suporta de catre casele de asigurari, astfel:

- a) trimestrial, pentru copiii pâna la vârsta de 18 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la gradinita, fie la institutiile de învățământ preuniversitar;
- b) de doua ori pe an, pentru tinerii în vârsta de la 18 ani pâna la 26 de ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca.

Art. 18

(1) Asiguratii în vârsta de peste 18 ani au dreptul la un control medical în fiecare an pentru prevenirea bolilor cu consecinte majore în morbiditate si mortalitate, stabilite prin contractul-cadru.

(2) Neefectuarea în mod nejustificat de catre asigurati a controalelor medicale periodice preventive poate atrage obligatia de a suporta, dupa caz, unele costuri ale tratamentului curativ si de recuperare pentru afectiunea nedepistata în timp. Prin contractul-cadru vor fi prevazute situatiile în care aceste costuri se suporta de asigurati, precum si stimulentele pentru asiguratii care efectueaza controalele medicale periodice preventive.

SECTIUNEA 2: Servicii medicale curative

Art. 19

- (1) Asiguratii au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicatiilor ei, pentru recuperarea sau cel putin pentru ameliorarea suferintei, dupa caz.
- (2) Tratamentul medical se aplica de catre medici sau asistenti medicali si de alt personal sanitar acreditat, la indicatia si sub supravegherea medicului.

Art. 20

- (1) Serviciile medicale curative ale caror costuri sunt suportate din fond sunt:
- a) serviciile medicale de urgenta;
 - b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave pâna la diagnosticarea afectiunii: anamneza, examen clinic, examene paraclinice si de laborator;
 - c) tratamentul medical, chirurgical si unele proceduri de recuperare;
 - d) prescrierea tratamentului necesar vindecarii, inclusiv indicatiile privind regimul de viata si munca, precum si igieno-dietetic.
- (2) Asiguratii beneficiaza de activitati de suport constând în acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca sau îngrijirea copilului bolnav.
- (3) Detalierea serviciilor prevazute la alin. (1) si modalitatile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.

Art. 21

- (1) Asiguratii au dreptul la asistenta medicala primara si de specialitate ambulatorie, la indicatia medicului de familie.
- (2) Asiguratii primesc asistenta medicala de specialitate în spitale acreditate.
- (3) Serviciile spitalicesti se acorda prin spitalizare integrala sau partiala si cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratament medical si/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente si materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa.
- (4) Asistenta medicala de recuperare se acorda pentru o perioada si dupa un ritm stabilite de medicul curant în unitati sanitare acreditate.
- (5) Servicii si îngrijiri medicale la domiciliu se acorda de personal acreditat.

Art. 22

Serviciile medicale stomatologice se acorda de catre medicul din cabinetul stomatologic si din serviciul buco-maxilo-facial.

Art. 23

- (1) Tratamentele stomatologice se suporta din fond în conditiile stabilite prin contractul-cadru.
- (2) În cazul copiilor în vârsta de pâna la 18 ani tratamentele stomatologice se suporta din fond în conditiile stabilite în contractul-cadru.

SECTIUNEA 3: Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si alte mijloace terapeutice

Art. 24

Asiguratii beneficiaza de medicamente cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala. Modalitatile de prescriere si eliberare a medicamentelor se prevad în contractul-cadru.

Art. 25

- (1) Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala se elaboreaza anual de catre Ministerul Sanatatii si Familiei si CNAS, cu consultarea CFR, si se aproba prin hotarâre a Guvernului.
- (2)) În lista se pot include numai medicamente prevazute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman.

Art. 26

(1) Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor prevazute la art. 6 alin. (1) lit. a) si g) se suporta integral din fond.

(2) Valoarea medicamentelor prevazute la art. 25 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor care beneficiaza de asistenta medicala gratuita, în cazul categoriilor de persoane prevazute la art. 6 alin. (1) lit. c) si d), se suporta din fond.

(3) Asiguratii au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea vazului, auzului, pentru protezarea membrelor si la alte materiale de specialitate, în scopul protezarii unor deficiente organice sau fiziologice, pe baza prescriptiilor medicale, cu sau fara contributie personala, în conditiile prevazute în contractul-cadru.

(4) Asiguratii beneficiaza de tratamente fizioterapeutice, pe baza prescriptiilor medicale, cu sau fara contributie personala, în conditiile prevazute în contractul-cadru.

(5) Asiguratii beneficiaza de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si de alte mijloace terapeutice la nivelul pretului de referinta prevazut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

SECTIUNEA 4: Servicii medicale si de îngrijiri la domiciliu

Art. 27

(1) Asiguratii au dreptul sa primeasca unele servicii medicale si îngrijiri la domiciliu din partea unui medic si/sau cadru mediu sanitar, daca este necesar si indicat de medic.

(2) Conditiiile acordarii serviciilor medicale si a îngrijirilor la domiciliu se stabilesc prin contractul-cadru.

SECTIUNEA 5: Alte servicii speciale

Art. 28

Cheltuielile de transport sanitar, necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suporta din fond. Asiguratii au dreptul la transport sanitar în urmatoarele situatii:

- a) urgente medicale;
- b) cazurile prevazute în contractul-cadru.

SECTIUNEA 6: Servicii medicale care nu sunt suportate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate

Art. 29

(1) Serviciile medicale care nu sunt decontate din fond, costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitatile care le solicita, dupa caz, sunt:

- a) servicii de sanatate acordate în caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înalta performanta;
- c) unele servicii de asistenta stomatologica;
- d) servicii hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corectii estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritatile care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor;
- h) fertilizare in vitro;
- i) transplantul de organe si tesuturi, cu exceptia cazurilor prevazute în contractul-cadru;
- j) asistenta medicala la cerere;

- k) costul unor materiale necesare corectarii vazului si auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
 - l) cota-parte din costul protezelor si ortezelor;
 - m) serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;
 - n) unele tratamente de recuperare si de fizioterapie.
- (2) Serviciile prevazute la alin. (1) lit. b), c), f), i) si n) si cota-parte prevazuta la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin contractul-cadru.

SECTIUNEA 7: Asigurarea calitatii

Art. 30

Asigurarea calitatii pachetului de servicii de baza pentru asigurati revine CNAS prin respectarea urmatoarelor masuri:

- a) acceptarea încheierii de contracte numai cu furnizori acreditati conform legii, precum si a medicilor, asistentilor medicali si altor categorii de personal acreditat;
- b) existenta unui sistem informational corespunzator asigurarii unei evidente primare privind diagnosticul si terapia aplicata;
- c) respectarea de catre furnizori a criteriilor de calitate a asistentei medicale si stomatologice, elaborate de catre CMR si OAMR;
- d) utilizarea pentru tratamentul afectiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- e) utilizarea materialelor sanitare si a dispozitivelor medicale autorizate, conform legii.

Art. 31

(1) Criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguratilor se elaboreaza de comisiile de specialitate ale CMR, se negociaza cu CNAS si se refera la:

- a) tratamentul medical;
 - b) tratamentul stomatologic;
 - c) actiunile de depistare precoce a îmbolnavirilor;
 - d) procedeele medicale de recuperare eficace;
 - e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si transportul bolnavilor;
 - f) eliberarea de certificate medicale necesare asiguratilor pentru a beneficia de ajutoare de boala si de rapoarte necesare caselor de asigurari pentru îndeplinirea atributiilor lor.
- (2) Criteriile sunt obligatorii pentru toti furnizorii de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurari.

Art. 32

În vederea respectarii calitatii serviciilor medicale furnizate asiguratilor, CNAS si casele de asigurari organizeaza controlul activitatii medicale împreuna cu comisiile de specialitate ale CMR, CFR si ale OAMR. Controlul are la baza criteriile prevazute la art. 30 si 31.

SECTIUNEA 8: Actiuni comune pentru sanatate

Art. 33

- (1) Ministerul Sanatatii si Familiei proiecteaza, implementeaza si coordoneaza programe nationale de sanatate în scopul realizarii obiectivelor politicii de sanatate publica, cu participarea institutiilor cu raspundere în domeniul realizarii politicii sanitare a statului.
- (2) Obiectivele se stabilesc în colaborare cu CNAS, CMR, CFR, cu reprezentanti ai asociatiilor profesionale stiintifice medicale, ai clinicilor universitare, unitatilor de cercetare, organizatiilor neguvernamentale, sindicatelor, patronatelor, ai ministerelor si institutiilor centrale cu retea

sanitara proprie, precum si cu reprezentanti ai populatiei.

Art. 34

Unele activitati de învățământ și cercetare din cadrul spitalelor, din unitatile 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 caror cheltuieli se cuprind în bugetul acesteia.

SECȚIUNEA 9: Atributiile 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 asistentei stomatologice acordate asiguraților și urmărește respectarea acestora;
- d) participă la acreditarea personalului medical.

SECȚIUNEA 10: 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

prevazuti la alin. (1) se aproba de catre Consiliul de administratie al CNAS, în termen de 30 de zile de la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgen ta.

(3) Metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevazuti la alin. (1) se elaboreaza de catre CNAS si structurile nationale ale CMR, CFR si ale OAMR si se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei, în termen de 30 de zile de la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgen ta.

(4) Autorizarea furnizorilor de aparatura medicala si materiale sanitare se face anual de catre Ministerul Sanatatii si Familiei. Metodologia de autorizare de aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei. Lista furnizorilor de aparatura medicala si materiale sanitare autorizati este data publicitatii anual.

CAPITOLUL IV: Relatiile caselor de asigurari sociale de sanatate cu furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente

Art. 38

Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, care sunt în relatii contractuale cu casele de asigurari, sunt:

- a) cabinetele medicale, centrele de diagnostic si tratament, spitalele si alte unitati sanitare, medicii, personalul mediu sanitar si alte categorii de personal, personalul sanitar din serviciile conexe actului medical;
- b) farmaciile, distribuitorii si producatorii de medicamente si materiale sanitare;
- c) persoanele fizice si juridice autorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei.

Art. 39

(1) Relatiile dintre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari sunt de natura civila, se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract care se încheie anual. În situatia în care este necesara modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate si stipulate în acte aditionale.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa prezinte, la încheierea contractului cu casa de asigurari, asigurari de raspundere civila în domeniul medical în concordanta cu tipul de furnizor. Societatile de asigurari care ofera asigurari de raspundere civila în domeniul medical trebuie sa fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurarilor si sa posede un contract de reasigurare.

Art. 40

Furnizorii de servicii medicale încheie cu casele de asigurari contracte anuale pe baza modelelor de contracte prevazute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, în cuprinsul carora pot fi prevazute si alte clauze suplimentare, negociate.

Art. 41

Refuzul caselor de asigurari de a încheia contracte cu furnizorii pentru serviciile medicale din pachetul de baza, denuntarea unilaterala a contractului, precum si raspunsurile la cererile si la sesizarile furnizorilor se vor face în scris si motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

Art. 42

(1) Casele de asigurari încheie cu furnizorii de servicii medicale contracte anuale pentru furnizarea de servicii si pentru plata acestora, urmarind realizarea echilibrului financiar.

(2) La încheierea contractelor partile vor avea în vedere interesul asiguratilor si vor tine seama de economicitatea, eficienta si calitatea serviciilor oferite pe baza criteriilor elaborate de CNAS, CMR, CFR si OAMR.

Art. 43

(1) Prevederile contractului-cadru sunt date publicitatii pentru informarea asiguratilor si a furnizorilor de servicii medicale.

(2) Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind si obligatiile partilor legate de buna gestionare a fondurilor, precum si clauze care sa reglementeze conditiile de plata a serviciilor furnizate pâna la definitivarea unui nou contract între parti, pentru perioada urmatoare celei acoperite prin contract.

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

Art. 44

Casele de asigurari controleaza modul în care furnizorii de servicii medicale respecta clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligatia sa permita accesul la evidentele referitoare la derularea contractului.

Art. 45

(1) Plata furnizorilor de servicii medicale poate fi:

- a) în asistenta medicala primara si de specialitate ambulatorie prin tarif pe persoana asigurata, tarif pe serviciu medical, suma fixa negociata pe pachet de servicii medicale, dupa caz;
- b) în asistenta medicala din spitale si alte unitati, în afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical, dupa caz;
- c) prin tarife pentru anumite servicii, stabilite prin contractul-cadru;
- d) prin pret de referinta prevazut în lista medicamentelor cu sau fara contributie personala;
- e) prin pret de referinta prevazut în lista de materiale sanitare si de dispozitive medicale.

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

Art. 46

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

Art. 47

Asigurarea asistentei medicale si a îngrijirii la domiciliul bolnavului se contracteaza de casele de asigurari cu unitati specializate, persoane fizice sau juridice acreditate.

Art. 48

Asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca se acorda prin servicii medicale specializate, acreditate.

Art. 49

Serviciile de transport medical se contracteaza cu unitati specializate acreditate.

CAPITOLUL V: Finantarea serviciilor medicale

SECTIUNEA 1: Constituirea fondului national unic de asigurari sociale de sanatate

Art. 50

(1) Fondul se formeaza din:

- a) contributii ale persoanelor fizice si juridice;
- b) subventii de la bugetul de stat;
- c) dobânzi, donatii, sponsorizari si alte venituri, în conditiile legii.

(2) Colectarea contributiilor se face de catre casele de asigurari în contul unic deschis pe seama CNAS.

(3) În mod exceptional, în situatii motivate, pentru acoperirea deficitului bugetului fondului,

dupa epuizarea fondului de rezerva veniturile bugetului fondului se completeaza cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

Art. 51

(1) Persoana asigurata are obligatia platii unei contributii banesti lunare pentru asigurarile de sanatate, cu exceptia persoanelor prevazute la art. 6 alin. (1).

(2) Contributia lunara a persoanei asigurate se stabileste sub forma unei cote de 6,5 %, care se aplica asupra:

- a) veniturilor din salarii care se supun impozitului pe venit;
- b) veniturilor din activitati desfasurate de persoane care exercita profesii liberale sau autorizate potrivit legii sa desfasoare activitati independente;
- c) veniturilor din agricultura si silvicultura, stabilite potrivit normelor de venit pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator si nu se încadreaza la lit. b);
- d) indemnizatiilor de somaj si alocatiilor de sprijin;
- e) veniturilor din cedarea folosintei bunurilor, veniturilor din dividende si dobânzi si altor venituri care se supun impozitului pe venit numai în cazul în care nu realizeaza venituri de natura celor prevazute la lit. a)-d).

(3) În cazul persoanelor care realizeaza venituri de natura celor prevazute la alin. (2) lit. c) sub nivelul salariului de baza minim brut pe tara si care nu fac parte din familiile beneficiare de ajutor social, contributia lunara de 6,5 % datorata se calculeaza asupra sumei reprezentând o treime din salariul de baza minim brut pe tara.

(4) Contributiile prevazute la alin. (2) si (3) se platesc astfel:

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

Art. 52

(1) Persoanele juridice sau fizice la care își desfasoara activitatea asiguratii au obligatia sa calculeze si sa vireze casei de asigurari o contributie de 7 % datorata pentru asigurarea sanatatii personalului din unitatea respectiva; acestea au obligatia sa anunte casei de asigurari orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor;

(2) Persoanele juridice sau fizice prevazute la alin. (1) au obligatia platii contributiei de 7% raportat la fondul de salarii realizat.

(3) Nerespectarea prevederilor art. 51 alin. (1) si ale art. 52 alin. (1) duce la diminuarea pachetului de servicii de baza, potrivit prevederilor art. 13. Diminuarea pachetului de servicii de baza are loc dupa 3 luni de la ultima plata a contributiei si se stabileste pe baza de documente justificative, stabilite prin contractul-cadru.

Art. 53

(1) Pentru beneficiarii indemnizatiei de somaj si ai alocatiei de sprijin contributia se calculeaza si se vireaza, o data cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza, de catre cei care efectueaza plata acestor drepturi.

(2) Persoanele care nu sunt salariate, dar au obligatia sa își asigure sanatatea potrivit prevederilor prezentei ordonante de urgenta, sunt obligate sa comunice direct casei de asigurari în a carei raza teritoriala își au domiciliul veniturile impozabile, în vederea stabilirii si achitarii contributiei de 6,5 %, potrivit prezentei ordonante de urgenta.

(3) Pentru cetatenii straini care se asigura facultativ contributia la fond se calculeaza prin aplicarea cotei de 13,5 % la valoarea a doua salarii de baza minime brute pe tara pentru un pachet de servicii stabilit prin contractul-cadru.

(4) Persoanele care au obligatia de a se asigura si nu pot dovedi plata contributiei sunt obligate, pentru a obtine calitatea de asigurat, sa achite contributia legala pe ultimii 3 ani, începând cu data primei solicitari de acordare a serviciilor medicale, calculata la salariul de baza minim brut pe tara, potrivit normelor elaborate de CNAS si aprobate prin ordin al

ministrului sanatatii si familiei.

Art. 54

(1) Contributia datorata pentru persoanele prevazute la art. 6 se suporta astfel:

- a) de catre bugetul de stat, pentru persoanele prevazute la art. 6 alin. (2) lit. a) si c);
- b) de catre bugetul asigurarilor sociale de stat, pentru persoanele prevazute la art. 6 alin. (2) lit. b);
- c) de catre bugetul asigurarilor de somaj, pentru persoanele prevazute la art. 6 alin. (2) lit. d).

(2) Contributiile pentru persoanele prevazute la alin. (1) lit. a) si b) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5 % asupra sumei reprezentând valoarea a doua salarii de baza minime brute pe tara.

(3) Contributiile pentru persoanele prevazute la alin. (1) lit. c) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5 % asupra indemnizatiei de somaj sau, dupa caz, asupra alocatiei de sprijin.

Art. 55

(1) Angajatorii si asiguratii care au obligatia platii contributiei în conditiile prezentei ordonante de urgenta si care nu o respecta datoreaza majorari pentru perioada de întârziere, egale cu majorarile aferente pentru întârzierea achitarii debitelor catre bugetul de stat.

(2) În cazul neachitarii la termen, potrivit legii, a contributiilor datorate fondului, CNAS, direct sau prin casele de asigurari, procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru încasarea sumelor cuvenite bugetului fondului si a majorarilor de întârziere, potrivit legii.

(3) CNAS aproba norme privind desfasurarea activitatii de executare silita a creantelor datorate fondului.

(4) Angajatorii, indiferent de forma de proprietate, vor depune la banca sau la trezorerie, dupa caz, o data cu documentatia pentru plata salariilor si a altor venituri pentru salariatii, documentele pentru plata contributiilor datorate fondului, platile efectuându-se simultan sub control bancar, respectiv trezorerie.

SECTIUNEA 2: Utilizarea si administrarea fondului national unic de asigurari sociale de sanatate

Art. 56

Veniturile fondului colectate de casele de asigurari se utilizeaza pentru:

- a) plata serviciilor medicale, a medicamentelor, a materialelor sanitare si dispozitivelor medicale, în conditiile stabilite prin contractul-cadru;
- d) cheltuieli de administrare, functionare si de capital în limita a maximum 3 % din sumele colectate;
- c) fondul de rezerva în cota de 1 % din sumele constituite la nivelul CNAS.

Art. 57

(1) Veniturile fondului nu pot fi utilizate pentru:

- a) investitii pentru construirea si consolidarea de unitati sanitare;
- b) achizitionarea aparaturii medicale de înalta performanta;
- c) persoanele fara venituri sau cu venituri sub salariul de baza minim brut pe economie, care necesita activitati de prevenire, de diagnostic, de terapie si de reabilitare în cazul afectiunilor transmisibile, prevazute în programele nationale elaborate de Ministerul Sanatatii si Familiei;
- d) masuri profilactice si tratamente instituite obligatoriu prin norme legale.

(2) Cheltuielile prevazute la alin. (1) se suporta de la bugetul de stat.

Art. 58

(1) Bugetul fondului se aproba de catre Parlament, la propunerea Guvernului, ca anexa la

legea bugetului de stat.

(2) Repartizarea pe domenii de asistenta se aproba conform legii.

(3) Bugetele de venituri si cheltuieli ale caselor de asigurari se aproba de ordonatorul principal de credite în conditiile legii si, dupa caz, cu avizul ministerelor si al institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

Art. 59

(1) Disponibilitatile caselor de asigurari la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgenta se vireaza în contul CNAS.

(2) Sumele ramase neutilizate la nivelul caselor de asigurari la sfârșitul fiecarui an se vireaza în contul CNAS si se utilizeaza pentru destinatiile prevazute la art. 56.

(3) Sumele ramase la nivelul CNAS la sfârșitul anului se reporteaza în anul urmator si se utilizeaza potrivit art. 56.

(4) Fondul de rezerva ramas neutilizat la finele anului se reporteaza în anul urmator cu aceeasi destinatie.

(5) Utilizarea fondului de rezerva se stabileste prin legile bugetare anuale.

CAPITOLUL VI: Organizarea caselor de asigurari de sanatate

SECTIUNEA 1: Constituirea caselor de asigurari de sanatate

Art. 60

(1) CNAS este institutie publica, autonoma, de interes national, cu personalitate juridica, în coordonarea Ministerului Sanatatii si Familiei, care administreaza si gestioneaza sistemul de asigurari sociale de sanatate în vederea aplicarii politicilor si programelor în domeniul sanitar ale Ministerului Sanatatii si Familiei si are sediul în municipiul Bucuresti, calea Calarasi nr. 248, sectorul 2.

(2) CNAS are ca principal obiect de activitate asigurarea functionarii unitare si coordonate a sistemului de asigurari sociale de sanatate din România si are în subordine casele de asigurari de sanatate judetene, Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti, Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei, Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

(3) CNAS functioneaza pe baza statutului propriu aprobat de consiliul de administratie. Casele de asigurari functioneaza pe baza statutului propriu, care respecta prevederile statutului-cadru aprobat de Consiliul de administratie al CNAS. Pentru anul 2003 statutul se elaboreaza de Consiliul de administratie al CNAS si se aproba prin hotarâre a Guvernului.

(4) Statutele prevazute la alin. (3) trebuie sa contina prevederi referitoare la:

a) denumirea si sediul casei de asigurari respective;

b) relatiile CNAS cu alte case de asigurari si cu oficiile teritoriale, precum si cu asiguratii;

c) structura, drepturile si obligatiile organelor de conducere;

d) modul de adoptare a hotarârilor în consiliul de administratie si relatia dintre acesta si conducerea executiva a casei de asigurari;

e) alte prevederi.

Art. 61

(1) Casele de asigurari sunt institutii publice, cu personalitate juridica, cu bugete proprii, în subordinea CNAS.

(2) Casele de asigurari colecteaza contributiile si gestioneaza bugetul fondului aprobat, cu respectarea prevederilor prezentei ordonante de urgenta, asigurând functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate la nivel local.

Art. 62

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

SECȚIUNEA 2: 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 3: Atributiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 64

(1) Atributiile 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 executia 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 fața 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 informational 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

Atributiile caselor de asigurari sunt urmatoarele:

- a) sa colecteze contributiile pentru fond;
- b) sa administreze bugetele proprii;
- c) sa înregistreze, sa actualizeze datele referitoare la asigurati si sa le comunice CNAS;
- d) sa elaboreze si sa publice raportul anual si planul de activitate pentru anul urmator. Acestea se avizeaza de directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, respectiv de directiile medicale ale ministerelor cu retele sanitare proprii, dupa caz;
- e) sa utilizeze toate demersurile legale pentru a optimiza colectarea contributiilor si recuperarea creantelor restante la contributii pentru fond;
- f) sa furnizeze gratuit informatii, consultanta, asistenta în problemele asigurarilor sociale de sanatate si ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor si furnizorilor de servicii medicale;
- g) sa administreze bunurile casei de asigurari, conform prevederilor legale;
- h) sa negocieze, sa contracteze si sa deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în conditiile contractului-cadru;
- i) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale furnizate si nivelul tarifelor acestora;
- j) sa organizeze licitatii în vederea contractarii unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru;
- k) alte atributii prevazute de acte normative în domeniul sanatatii.

SECTIUNEA 4: Organele de conducere**Art. 66**

(1) CNAS are urmatoarele organe de conducere:

- a) adunarea reprezentantilor;
- b) consiliul de administratie;
- c) presedintele;
- d) 2 vicepresedinti;
- e) directorul general.

(2) Persoanele care fac parte din organele de conducere ale CNAS trebuie sa îndeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sa fie cetateni români si sa aiba domiciliul pe teritoriul României;
- b) sa aiba calitatea de asigurat;
- c) sa nu aiba cazier judiciar sau fiscal.

Art. 67

(1) Adunarea reprezentantilor se constituie pe o perioada de 4 ani si cuprinde:

- a) reprezentanti ai asiguratilor delegati de consiliile judetene si de Consiliul General al Municipiului Bucuresti în numar de unu pentru fiecare judet si doi pentru municipiul Bucuresti. Desemnarea acestor reprezentanti se face în termen de 15 zile de la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgenta;
- b) 29 de membri numiti astfel: 2 de catre Presedintele României, 3 de catre primul-ministru, la propunerea ministrului sanatatii si familiei, 3 de catre Senat, la propunerea comisiei de specialitate, 3 de catre Camera Deputatilor, la propunerea comisiei de specialitate, 5 de catre asociatiile patronale reprezentative la nivel national, 5 de catre organizatiile sindicale reprezentative la nivel national, 7 reprezentanti ai ministerelor si institutiilor centrale cu retele sanitare proprii, respectiv câte un reprezentant al Ministerului de Interne, Ministerului Apararii Nationale, Ministerului Justitiei, Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei,

Serviciului Român de Informatii, Serviciului de Informatii Externe si Serviciului de Telecomunicatii Speciale, si un reprezentant al Consiliului National al Persoanelor Vârstnice.

(2) Sunt reprezentative la nivel national asociatiile patronale si organizatiile sindicale care îndeplinesc conditiile prevazute de Legea nr. [130/1996](#) privind contractul colectiv de munca, republicata.

(3) Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocarii din cauze prevazute de lege sau a decesului se numesc noi membri, alesi în aceleasi conditii, pâna la expirarea mandatului în curs.

Art. 68

(1) Adunarea reprezentantilor se întrunește în sedinta o data pe an, la convocarea consiliului de administratie, sau în sedinte extraordinare, la convocarea presedintelui CNAS, a consiliului de administratie sau a unui numar de cel puțin 30 de membri ai adunarii reprezentantilor.

(2) Adunarea reprezentantilor poate adopta hotarâri daca sunt prezente doua treimi din numarul membrilor. Pentru adoptarea hotarârilor este necesar votul favorabil al majoritatii membrilor prezenti.

Art. 69

Adunarea reprezentantilor are urmatoarele atributii:

- a) propune modificarea Statutului CNAS;
- b) îi alege si îi revoca pe cei doi membri în consiliul de administratie;
- c) analizeaza repartizarea bugetului aprobat de catre cei în drept si recomanda ordonatorului principal de credite cu delegatie luarea masurilor necesare pentru modificarea acestuia, în conditiile legii;
- d) analizeaza modul de utilizare a fondului, costurile sistemului, serviciile acordate si tarifele practicate la contractarea pachetului de servicii de baza si recomanda masurile legale pentru folosirea cu eficienta a fondurilor si de respectare a drepturilor asiguratilor.

Art. 70

(1) Consiliul de administratie al CNAS se constituie din 17 membri, cu un mandat pe 4 ani, dupa cum urmeaza:

- a) 5 reprezentanti ai statului, dintre care unul este numit de Presedintele României si 4 de primul-ministru, la propunerea ministrului sanatatii si familiei, a ministrului muncii si solidaritatii sociale, a ministrului finantelor publice si a ministrului justitiei;
- b) 5 membri numiti prin consens de catre asociatiile patronale reprezentative la nivel national;
- c) 5 membri numiti prin consens de catre confederatiile sindicale reprezentative la nivel national;
- d) 2 membri alesi de catre adunarea reprezentantilor din rândul membrilor sai.

(2) Prevederile art. 67 alin. (3) se aplica si în cazul consiliului de administratie.

Art. 71

(1) Presedintele consiliului de administratie este presedintele CNAS si îndeplineste si functia de secretar de stat în cadrul Ministerului Sanatatii si Familiei. Presedintele CNAS este numit de primul-ministru dintre membrii consiliului de administratie, la propunerea Ministerului Sanatatii si Familiei.

(2) Consiliul de administratie are 2 vicepresedinti alesi de consiliul de administratie prin vot secret. Vicepresedintii consiliului de administratie sunt si vicepresedintii CNAS.

(3) Presedintele, vicepresedintii si directorul general al CNAS se suspenda de drept din functiile detinute anterior, pe perioada executarii mandatului, cu exceptia celor prevazute la art. 75 alin. (1).

Art. 72

(1) Consiliul de administratie functioneaza în mod legal în prezenta a cel puțin 11 membri.

(2) Hotărârile consiliului de administratie se adopta cu votul a cel puțin doua treimi din numarul membrilor prezenti.

(3) Principalul rol al consiliului de administratie este de a elabora si a realiza strategia nationala în domeniul asigurarilor sociale de sanatate.

Art. 73

Presedintele CNAS se deleaga în conditiile legii, prin ordin al ministrului sanatatii si familiei, ca ordonator principal de credite pentru administrarea si gestionarea fondului si reprezinta CNAS în relatiile cu tertii si pe asigurati în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului asigurarilor sociale de sanatate.

Art. 74

(1) Conducerea executiva a CNAS este asigurata de catre directorul general.

(2) Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pe o perioada de 4 ani, si se numeste prin ordin al ministrului sanatatii si familiei.

(3) Organizarea concursului si criteriile de selectie sunt stabilite de ministrul sanatatii si familiei si de presedintele CNAS.

Art. 75

(1) Pe timpul executarii mandatului presedintele si vicepresedintii sunt numiti pe o perioada de 4 ani. Acestia nu pot exercita pe durata mandatului nici o alta functie sau demnitate publica, cu exceptia functiilor didactice din învățământul superior.

(2) Membrii Consiliului de administratie al CNAS, pe perioada exercitarii mandatului, nu sunt salariați ai CNAS, cu exceptia presedintelui si a vicepresedintilor, si nu pot ocupa functii în structurile executive ale caselor de asigurari. Acestia nu pot exercita activitati la societati comerciale sau la alte unitati care se afla în relatii contractuale cu casele de asigurari.

(3) Salarizarea presedintelui si a vicepresedintilor CNAS se stabileste dupa cum urmeaza:

a) pentru presedinte, la nivelul indemnizatiei prevazute de lege pentru functia de secretar de stat;

b) pentru vicepresedinti, la nivelul indemnizatiei prevazute de lege pentru functia de subsecretar de stat.

(4) Indemnizatia prevazuta la alin. (3) reprezinta unica forma de remunerare a activitatii corespunzatoare functiei respective si constituie baza de calcul pentru stabilirea drepturilor si obligatiilor care se determina în raport cu venitul salarial.

(5) Salariul si celelalte drepturi de personal ale directorului general al CNAS se stabilesc la nivelul corespunzator prevazut de lege pentru functia de secretar general din minister.

(6) Membrii Consiliului de administratie al CNAS, cu exceptia presedintelui si vicepresedintilor, beneficiaza de o indemnizatie lunara de pâna la 20 % din indemnizatia presedintelui CNAS, în conditiile prezentei efective la sedintele consiliului de administratie.

Art. 76

(1) Consiliul de administratie al CNAS are urmatoarele atributii:

a) aproba statutul propriu al CNAS si statutul-cadru al caselor de asigurari;

b) aproba propriul regulament de organizare si functionare;

c) stabileste atributiile vicepresedintilor, la propunerea presedintelui;

d) avizeaza strategia sistemului de asigurari sociale de sanatate cu privire la colectarea si utilizarea fondului;

e) avizeaza proiectul bugetului fondului si îl supune aprobarii ordonatorului principal de credite cu delegatie, în conditiile legii;

f) avizeaza, în conditiile legii, repartizarea pe case de asigurari a bugetului fondului;

g) avizeaza utilizarea fondului de rezerva;

h) aproba programul de investitii;

- i) aproba încheierea de conventii de cooperare si finantare de programe cu organisme internationale;
- j) analizeaza semestrial stadiul derularii contractelor si împrumuturilor;
- k) avizeaza rapoartele de gestiune anuale, prezentate de presedintele CNAS, contul de încheiere a exercitiului bugetar, precum si raportul anual de activitate;
- l) avizeaza în baza raportului Curtii de Conturi bilantul contabil si descarcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS si pentru casele de asigurari;
- m) avizeaza proiectul contractului-cadru si al normelor metodologice de aplicare a acestuia;
- n) avizeaza lista medicamentelor de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala;
- o) avizeaza criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguratilor;
- p) aproba regulamentul de organizare si functionare a comisiilor de acreditare si avizeaza criteriile de acreditare a personalului medical si a furnizorilor de servicii medicale;
- q) aproba criteriile de recrutare si modalitatile de formare a personalului din sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- r) aproba planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurari sociale de sanatate;
- s) aproba programul anual de activitate pentru realizarea programului de asigurari sociale de sanatate;
- t) analizeaza structura si modul de functionare ale caselor de asigurari;
- u) aproba organigramele CNAS si ale caselor de asigurari teritoriale;
- v) alte atributii acordate prin acte normative în vigoare.

(2) Consiliul de administratie se întrunește lunar, la convocarea presedintelui CNAS. Consiliul de administratie se poate întruni si în sedinte extraordinare, la cererea presedintelui sau a cel puțin unei treimi din numărul membrilor sai.

(3) În exercitarea atributiilor ce îi revin, Consiliul de administratie al CNAS adopta hotărâri, în conditiile prevazute la art. 72 alin. (2).

Art. 77

(1) Atributiile principale ale presedintelui CNAS sunt urmatoarele:

- a) exercita atributiile prevazute de lege, în calitate de ordonator principal de credite cu delegatie, pentru administrarea si gestionarea fondului;
- b) organizeaza si coordoneaza activitatea de audit în sistemul de asigurari sociale de sanatate, potrivit atributiilor specifice ale CNAS si ale caselor de asigurari;
- c) participa ca invitat la sedintele Guvernului în care sunt dezbatute aspecte referitoare la sanatatea populatiei;
- d) numeste, sanctioneaza si elibereaza din functie personalul CNAS;
- e) prezideaza sedintele adunarii reprezentantilor;
- f) alte atributii stabilite prin Statutul CNAS.

(2) În exercitarea atributiilor ce îi revin, precum si pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administratie, presedintele CNAS emite decizii care devin executorii dupa ce sunt aduse la cunostinta persoanelor interesate. Deciziile cu caracter normativ emise în aplicarea prezentei ordonante de urgenta se publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 78

(1) Personalul CNAS si al caselor de asigurari este constituit din functionari publici si personal contractual în conditiile legii.

(2) Salariul si celelalte drepturi ale personalului prevazut la alin. (1) sunt cele stabilite de actele normative în vigoare aplicabile institutiilor publice.

Art. 79

Organele de conducere ale caselor de asigurari sunt consiliul de administratie si presedintele - director general.

Art. 80

(1) Consiliul de administratie al caselor de asigurari de sanatate judetene si a municipiului Bucuresti este alcatuit din 9 membri, desemnati dupa cum urmeaza:

- a) unul de consiliul judetean, respectiv de Consiliul General al Municipiului Bucuresti;
- b) unul de prefect, la propunerea directiei de sanatate publica judetene, respectiv a Directiei de Sanatate Publica a Municipiului Bucuresti;
- c) 3 de asociatiile patronale reprezentative la nivel national, desemnati prin consens;
- d) 3 de confederatiile sindicale reprezentative la nivel national, desemnati prin consens;
- e) presedintele, care este directorul general al casei de asigurari.

(2) Consiliul de administratie al Casei Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei este alcatuit din 5 membri, desemnati dupa cum urmeaza:

- a) unul de catre Ministerul Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei;
- b) unul din partea confederatiilor reprezentative ale sindicatelor;
- c) unul din partea asociatiilor reprezentative ale patronatelor;
- d) unul din partea Ministerului Sanatatii si Familiei;
- e) presedintele Casei Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei.

(3) Consiliul de administratie al Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti se constituie potrivit dispozitiilor Ordonantei Guvernului nr. [56/1998](#), aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. [458/2001](#).

(4) Mandatul membrilor consiliilor de administratie ale caselor de asigurari este de 4 ani. Membrii consiliilor de administratie ale caselor de asigurari beneficiaza de o indemnizatie lunara de pâna la 20 % din salariul directorului general al casei de asigurari respective, în conditiile prezentei efective la sedintele consiliului de administratie.

(5) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administratie pot fi revocati din functii de catre cei care i-au numit, iar pe functiile ramase vacante sunt numiti noi membri, pâna la expirarea mandatului în curs.

(6) Atributiile consiliilor de administratie ale caselor de asigurari sunt stabilite de catre CNAS, în concordanta cu prevederile prezentei ordonante de urgenta.

(7) Consiliul de administratie ia hotarâri prin vot, în prezenta a cel putin doua treimi din numarul membrilor.

(8) Sedintele consiliului de administratie sunt publice, cu exceptia cazurilor în care membrii consiliului decid prin vot ca acestea sa se desfasoare cu usile închise. Problemele legate de buget se vor discuta întotdeauna în sedinte publice.

Art. 81

(1) Directorii generali ai caselor de asigurari sunt numiti pe baza de concurs, prin decizie a presedintelui CNAS sau, dupa caz, prin ordin al ministrului lucrarilor publice, transporturilor si locuintei, respectiv în conditiile prevazute de Ordonanta Guvernului nr. [56/1998](#), aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. [458/2001](#). Directorul general devine membru de drept al consiliului de administratie al casei de asigurari si presedintele acestuia.

(2) Directorul general al casei de asigurari este ordonator de credite, în conditiile legii.

(3) Directorul general se numeste pentru un mandat de 4 ani, dupa validarea concursului, si se suspenda de drept din functiile detinute anterior, cu exceptia functiilor didactice din învățământul superior. Directorul general este salarizat în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(4) Atributiile principale ale directorului general sunt:

- a) aplica normele de gestiune, regulamentele de organizare si de functionare si procedurile administrative unitare;
- b) organizeaza si coordoneaza activitatea de control al executiei contractelor de furnizare de servicii medicale;
- c) organizeaza si coordoneaza activitatea de urmarire si control al colectarii contributiilor la fond;
- d) propune programe de actiuni de îmbunatatire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silita, potrivit legii;
- e) stabileste modalitatea de contractare, cu respectarea contractului-cadru;
- f) organizeaza împreuna cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguratilor si propune masuri în caz de nerespectare a acestora;
- g) supravegheaza si controleaza organizarea si functionarea sistemului de asigurari de sanatate la nivel teritorial si prezinta anual rapoarte, pe care le da publicitatii;
- h) numeste, sanctioneaza si elibereaza din functie personalul casei de asigurari.

SECTIUNEA 5: Serviciul medical al casei de asigurari

Art. 82

- (1) În cadrul CNAS functioneaza serviciul medical, care este condus de un medic-sef.
- (2) La nivelul caselor de asigurari functioneaza un serviciu medical, în raport cu numarul asiguratilor, care este condus de un medic-sef.
- (3) Functia de medic-sef al CNAS si al caselor de asigurari se ocupa prin concurs organizat de CNAS, în conditiile legii.
- (4) Functia de medic-sef al CNAS este echivalenta cu cea de director general adjunct. Functia de medic-sef al CNAS se salarizeaza potrivit legii.

Art. 83

- (1) Serviciul medical al CNAS urmareste interesele asiguratilor cu privire la calitatea serviciilor acordate de catre furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale aflati în relatii contractuale cu casele de asigurari.
- (2) Criteriile privind acordarea serviciilor medicale pentru asigurati se elaboreaza de catre serviciul medical al CNAS împreuna cu CMR, se actualizeaza ori de câte ori este nevoie si se prevad în clauzele contractelor de furnizare de servicii.
- (3) Atributiile serviciului medical sunt stabilite prin statut.

SECTIUNEA 6: Obligatiile caselor de asigurari

Art. 84

Obligatiile CNAS sunt urmatoarele:

- a) sa asigure logistica functionarii unitare si coordonate a sistemului asigurarilor sociale de sanatate;
- b) sa urmareasca colectarea si folosirea cu eficienta a fondului;
- c) sa foloseasca mijloace adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea si sustinerea intereselor asiguratilor pe care îi reprezinta;
- d) sa acopere potrivit principiilor prezentei ordonante de urgenta nevoile de servicii de sanatate ale persoanelor, în limita fondurilor disponibile.

Art. 85

Obligatiile caselor de asigurari sunt urmatoarele:

- a) sa verifice acordarea serviciilor medicale, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- b) sa deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate si prestate asiguratilor, în maximum 30 de zile de la data raportarii, în caz contrar urmând a suporta penalitatile prevazute în contract;
- c) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii în zone izolate, în conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislatiei;
- d) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- e) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare în modul de functionare si de acordare a acestora, cu cel puțin 30 de zile înainte de aplicarea modificarii;
- f) sa asigure confidentialitatea datelor în conditiile prezentei ordonante de urgenta;
- g) sa verifice prescrierea si eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementarile în vigoare;
- h) sa transmita situatiile statistice si alte activitati raportate de furnizorii de servicii medicale catre institutiile interesate, respectiv directiilor de sanatate publica si centrelor de statistica, cu respectarea prevederilor art. 64 alin. (1) lit. k);
- i) sa raporteze CNAS, la termenele stabilite, datele solicitate privind serviciile medicale furnizate, precum si evidenta asiguratilor si a documentelor justificative utilizate;
- j) sa furnizeze, la solicitarea Ministerului Sanatatii si Familiei, prin directiile de sanatate publica, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominala obligatorie, conform legislatiei în vigoare.

CAPITOLUL VII: Controlul

SECTIUNEA 1: Controlul de gestiune

Art. 86

Controlul de gestiune al CNAS si al caselor de asigurari se face anual de catre Curtea de Conturi.

Art. 87

Auditul intern se va exercita conform legii.

SECTIUNEA 2: Controlul serviciilor

Art. 88

CNAS împreuna cu CMR, CFR si OAMR organizeaza controlul serviciilor medicale care se acorda asiguratilor potrivit prezentei ordonante de urgenta.

SECTIUNEA 3: Controlul Ministerului Sanatatii si Familiei

Art. 89

Ministerul Sanatatii si Familiei, ca autoritate nationala în domeniul sanatatii publice si ordonator principal de credite, are urmatoarele atributii:

- a) asigura, raspunde, coordoneaza si controleaza, dupa caz, organizarea activitatii de asistenta medicala - primara, secundara si terciara -, asistenta de urgenta, curativa, de recuperare medicala, asistenta medicala la domiciliu care se acorda prin unitatile sanitare publice si private;
- b) stabileste principalele obiective de etapa pe termen mediu si lung în domeniul sanatatii

populatiei si al reformei în sistemul sanitar;

c) asigura supravegherea si controlul respectarii legislatiei de catre toate unitatile publice si private care au responsabilitati în domeniul sanatatii publice, de personalul din sistemul sanitar, inclusiv de catre sistemele de asigurari sociale si private, colaborând în acest scop cu CNAS, CMR, CFR si OAMR, cu autoritatile publice locale si cu alte institutii abilitate;

d) aplica masurile corespunzatoare în situatiile în care se constata de catre organele abilitate nerespectarea prevederilor legale.

SECTIUNEA 4: Arbitrajul

Art. 90

(1) CNAS împreuna cu CMR si OAMR organizeaza Comisia centrala de arbitraj care solutioneaza litigiile dintre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari.

(2) Comisia centrala de arbitraj este formata din 4 arbitri, dintre care 2 delegati numiti de catre CNAS si câte un delegat numit de CMR si OAMR.

(3) Presedintele Comisiei centrale de arbitraj va fi un arbitru acceptat de parti.

Art. 91

(1) Arbitrii pot fi medici, juristi sau economisti, acreditati si înregistrati de Ministerul Sanatatii si Familiei.

(2) Regulamentul de activitate al arbitrilor se elaboreaza de catre CNAS, împreuna cu CMR si OAMR, si se avizeaza de catre Ministerul Justitiei.

Art. 92

Hotarârile Comisiei centrale de arbitraj sunt obligatorii pentru toate partile ale caror litigii se solutioneaza de catre aceasta si se completeaza în mod corespunzator cu prevederile Codului de procedura civila.

CAPITOLUL VIII: Raspunderi si sanctiuni

Art. 93

Încalcarea prevederilor prezentei ordonante de urgenta atrage raspunderea materiala, civila, contraventionala sau penala, dupa caz.

SECTIUNEA 1: Infractioni

Art. 94

Fapta persoanei care dispune utilizarea în alte scopuri sau nevirarea la fond a contributiilor retinute de la asigurati constituie infractiunea de deturnare de fonduri si se pedepseste conform prevederilor art. 3021 din Codul penal.

Art. 95

Completarea declaratiei prevazute la art. 8 alin. (2) cu date nereale, având ca efect denaturarea evidentelor privind asiguratii, stadiul de cotizare sau contributiile fata de fond, constituie infractiunea de fals intelectual si se pedepseste conform prevederilor art. 289 Cod penal.

SECTIUNEA 2: Contraventii

Art. 96

Constituie contraventii urmatoarele fapte:

a) nedepunerea la termen a declaratiei prevazute la art. 8 alin. (2);

b) nevirarea contributiilor datorate conform art. 52 alin. (1) de catre persoanele fizice si juridice angajatoare;

- c) refuzul de a pune la dispozitie organelor de control ale caselor de asigurari documentele justificative si actele de evidenta necesare în vederea stabilirii obligatiilor la fond;
- d) refuzul de a pune la dispozitie organelor de control ale caselor de asigurari documentele financiar-contabile justificative si actele de evidenta financiar-contabila privind modul de utilizare a sumelor decontate din fond.

Art. 97

Contravenitiile prevazute la art. 96 se sanctioneaza dupa cum urmeaza:

- a) cele prevazute la lit. a) si c), cu amenda de la 5.000.000 lei la 10.000.000 lei;
- b) cele prevazute la lit. b) si d), cu amenda de la 30.000.000 lei la 50.000.000 lei.

Art. 98

Constatarea contravenitiilor si aplicarea sanctiunilor se fac de catre organele de control ale caselor de asigurari.

Art. 99

Amenzile contraventionale aplicate conform prezentei ordonante de urgen ta constituie venituri la fond.

Art. 100

(1) Contravenitiilor prevazute la art. 96 le sunt aplicabile dispozitiile Ordonantei Guvernului nr. [2/2001](#) privind regimul juridic al contravenitiilor, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. [180/2002](#), cu modificarile ulterioare.

(2) Contravenientul poate achita, pe loc sau în termen de cel mult 48 de ore de la data încheierii procesului-verbal ori, dupa caz, de la data comunicarii acestuia, jumatate din minimul amenzii prevazute la art. 97, agentul constatator facând mentiune despre aceasta posibilitate în procesul-verbal.

(3) Dispozitiile prezentei ordonante de urgenta referitoare la obligatiile fata de fond se completeaza cu prevederile Legii nr. [87/1994](#) pentru combaterea evaziunii fiscale.

CAPITOLUL IX: Dispozitii finale

Art. 101

(1) Organele de conducere ale CNAS si ale caselor de asigurari se constituie în termen de 30 de zile de la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgen ta.

(2) În termen de 30 de zile de la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgenta vor fi organizate concursurile pentru ocuparea functiei de director general al CNAS si de presedinte - director general al caselor de asigurari.

(3) Pâna la ocuparea prin concurs a functiilor prevazute la alin. (2) atributiile functiilor respective vor fi îndeplinite de cei aflati în functia de director general al CNAS, precum si de director general al casei de asigurari respective la data intrarii în vigoare a prezentei ordonante de urgen ta.

Art. 102

(1) Membrii Consiliului de administratie al CNAS si ai consiliilor de administratie ale caselor de asigurari, precum si personalul angajat al acestor case de asigurari, indiferent de nivel, nu pot detine functii de conducere în cadrul Ministerului Sanatatii si Familiei, directiilor de sanatate publica, unitatilor sanitare, cabinetelor medicale, functii alese sau numite în cadrul CMR, colegiilor judetene ale medicilor, respectiv al municipiului Bucuresti, CFR, colegiilor judetene ale farmacistilor, respectiv al municipiului Bucuresti, organizatiilor centrale si locale ale OAMR sau functii în cadrul societatilor comerciale cu profil de asigurari, farmaceutic sau de aparatura medicala.

(2) Membrii Consiliului de administratie al CNAS si ai consiliilor de administratie ale caselor de asigurari care, fie personal, fie prin sot, sotie, afini sau rude pâna la gradul al doilea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusa dezbaterii consiliului de administratie nu pot participa la dezbaterile consiliului de administratie si nici la adoptarea hotarârilor.

(3) Persoanele care la data intrării în vigoare a prezentei ordonante de urgentă se afla 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 ordonante 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 ordonante de urgență se abroga 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 NASTASE

Contrasemnează:

Ministrul sănătății și familiei,

Daniela Bartos

p. Ministrul apărării naționale,

George Cristian Maior,

secretar de stat

Ministru de interne,

Ioan Rus

p. Ministrul lucrarilor publice, transporturilor si locuintei,

Traian Panait,

secretar de stat

p. Ministrul justitiei,

Alexe Ivanov Costache,

secretar de stat

Ministrul finantelor publice,

Mihai Nicolae Tanasescu

p. Ministrul muncii si solidaritatii sociale,

Ion Giurescu,

secretar de stat

Publicat în Monitorul Oficial cu numarul 838 din data de 20 noiembrie 2002