

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGE

privind asigurările sociale de sanatate

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Capitolul I DISPOZITII GENERALE

Art.1 Asigurările sociale de sanatate reprezinta principalul sistem de ocrotire a sanatatii populatiei.

Dreptul la asigurări sociale de boala este garantat de stat si se exercita, în condițiile prezentei legi, prin sistemul public de asigurari sociale de boala si alte drepturi de asistenta medicala, denumit în continuare sistemul public de asigurari sociale de sanatate.

Art.2 Asigurările sociale de sanatate sunt obligatorii si functioneaza unitar, pe intreg teritoriul Romaniei pe baza principiului solidaritatii si subsidiaritatii in colectarea si utilizarea fondurilor, precum si a dreptului alegerii libere de catre asigurati a medicului sau a unitatii sanitare.

Art.3 Pot functiona si alte forme de asigurari de sanatate care acopera riscuri individuale, in diferite situatii speciale. Aceste asigurari nu sunt obligatorii.

Art.4 Se pot organiza si societati private de asigurari de sanatate. Aceste asigurari nu sunt obligatorii.

Art.5 Constituirea fondurilor de asigurari sociale de sanatate se face conform prevederilor prezentei legi.

Art.6 Colectarea și administrarea fondurilor caselor de asigurari sociale de sanatate și a celorlalte case de asigurări înfiintate prin lege, se face conform normelor elaborate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Art.7 Asiguratii au dreptul in mod nediscriminatoriu si in conditiile legii, la acoperirea costurilor serviciilor medicale, farmaceutice, medicamentelor, protezelor si ortezelor, precum si a altor servicii necesare in vederea vindecarii si apararii sanatatii, denumite in continuare servicii de sanatate.

Art.8 (1) Fondul de asigurari sociale de sanatate este aprobat de Parlamentul Romaniei.

(2) Ordonator principal de credite este Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Capitolul II ASIGURATII.

Sectiunea 1. PERSOANE ASIGURATE SI NEASIGURATE

Art.9 Sunt supuse in mod obligatoriu asigurarii, potrivit prezentei legi, urmatoarele categorii de persoane:

- a) Cetatenii romani cu domiciliul in tara;
- b) Cetatenii straini si apatrizii care au resedinta in Romania.

Art.10 Asiguratii sunt acele categorii de persoane care isi platesc la zi contributia pentru asigurarile sociale de sanatate si cele exceptate de la plata acesteia conform prezentei legi.

Art.11 Sunt scutite de plata contributiei, dar beneficiaza de prevederile prezentei legi urmatoarele categorii de persoane:

- a) toti copiii in varsta de la 0 pina la 18 ani;
- b) tinerii in virsta de la 18 ani pina la varsta de 26 ani, daca sunt elevi, studenti sau ucenici si daca nu realizeaza venituri din munca;
- c) persoanele cu handicap care nu realizeaza venituri din munca sau se afla in grija familiei;
- d) sotul, sotia, parintii si bunicii, fara venituri proprii, aflati in grija familiei;
- e) 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 incepere de la 6 martie 1945, precum si celor deportate in strainatate si constituite in prizonieri;

- Legea nr.44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor, vaduvelor de razboi;
- Legea nr.42/1990, art.2, pentru cinstirea eroilor-martiri si acordarea unor drepturi urmasilor acestora, ranitilor si luptatorilor pentru victoria Revolutiei din decembrie 1989;

Daca nu realizeaza alte venituri decat cele provenite din drepturile banesti acordate de aceste legi, precum si cele provenite din pensii;

f) persoanele aflate in una din urmatoarele situatii, dar numai pe durata acestora:

f1) satisface serviciul militar in termen;

f2) se afla in concediu medical, concediu pentru sarcina si lauzie sau in concediu medical pentru ingrijirea copilului in varsta de pana la 6 ani;

f3) executa o pedeapsa privativa de libertate sau arest preventiv;

f4) face parte dintr-o familie care beneficiaza de ajutor social, potrivit Legii nr.67/1995 privind ajutorul social.

g) persoanele care fac parte din familii fara venituri.

Sectiunea a 2-a

PERSOANE EXCEPTATE DE LA ASIGURAREA DE SANATATE OBLIGATORIE

Art.12 Asigurarea de sanatate este facultativa pentru urmatoarele categorii de persoane:

a) membrii misiunilor diplomatice acreditate in Romania;

Sectiunea a 3-a

CALITATEA DE ASIGURAT

Art.13 Au calitatea de asigurat persoanele care:

a) isi achita la zi contributia la asigurarile sociale de sanatate;

b) beneficiaza de asigurari sociale de sanatate fara plata contributiei, conform art.11.

Art.14 Calitatea de asigurat a salariatilor se dobandeste din ziua incheierii contractului individual de munca si se pastreaza pe toata durata acestuia. Obligatia virarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate din salariul angajatilor si din fondul de salarii revine angajatorului.

Art.15 Calitatea de asigurat a celorlalte categorii de persoane care vireaza contributia catre asigurarile sociale de sanatate, se dobandeste din ziua in care se achita contributia si se pastreaza atita timp cat aceasta este achitata.

Art.16 Calitatea de asigurat se dovedeste cu „carnetul de asigurat” *avand* aplicat pe verso vigneta doveditoare a platii contributiei la asigurarile sociale de sanatate.

Art.17 Calitatea de asigurat si drepturile de asigurare inceteaza odata cu dreptul la resedinta in Romania.

Art.18 Persoane care nu fac dovada calitatii de asigurat nu beneficiaza de servicii medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate decit in cazul urgentelor medico-chirurgicale si pentru imunizarile obligatorii prevazute de Ministerul Sanatatii si Familiei.Celelalte servicii medicale se obtin numai contra cost conform tarifelor stabilite.

Costurile urgentelor medico-chirurgicale si cel al imunizarilor obligatorii se suporta de catre Ministerul Sanatatii si Familiei din fondurile alocate de la bugetul de stat cu aceasta destinatie.

Sectionea a 4-a **DREPTURILE ASIGURATILOR**

Art.19 Asiguratii au urmatoarele drepturi:

- a) sa-si aleaga medicul de familie, medicul specialist din ambulator si unitatea spitaliceasca ce le va acorda servicii medicale;
- b) sa nu fie refuzati la inscrierea pe lista unui medic de familie pe care il solicita daca indeplinesc toate conditiile prezentei legi,suportind cheltuielile de transport daca optiunea este un medic din alta localitate;
- c) sa-si schimbe medicul de familie ales dupa expirarea a cel putin 3 luni de la data inscrierii pe listele acestuia;
- d) la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu in conditiile legii;
- e) la un control profilactic in fiecare an;
- f) la servicii de asistenta medicala preventiva si de promovare a sanatatii,inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) la asistenta medicala in ambulator si in spitalele acreditate;
- h) la servicii medicale de urgenta;
- i) la servicii de asistenta stomatologica;
- j) la tratament fizioterapeutic si de recuperare;
- k) la proteze,orteze,dispozitive de mers si de autoservire si alte materiale de specialitate in conditiile legii;
- l) la servicii si ingrijire medicala la domiciliu;
- m) la asistenta medicala pre-intra si postnatala.

Art. 20 Drepturile asiguratilor mentionate la art.19 pct.d,f,g,h ,i, j, k, m, vor fi prevazute in Contractul cadru.

Contractul-cadru reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in sistemul de asigurari sociale pentru sanatare cu privire la:

- lista serviciilor medicale, a medicamentelor si a altor servicii de care beneficiaza asiguratii conform reglementarilor acestei legi;
- parametrii calitatii si ai eficientei serviciilor;
- criteriile si modul de plata a serviciilor medicale;
- nivelul costurilor,modul de decontare si actele necesare;
- prescrierea medicamentelor,a materialelor sanitare,a procedurilor terapeutice,a protezelor si ortezelor,a dispozitivelor de mers si de autoservire;
- informarea corespunzatoare a asiguratilor.

Art.21 Fiecare asigurat primeste un extras in care sunt specificate serviciile de care beneficiaza in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate,nivelul contributiei si modalitatea de plata, drepturile si obligatiile asiguratului.

Art.22 Costul serviciilor hoteliere, pentru mamele care alapteaza sugarii internati si ale insotitorilor persoanelor cu handicap de gradul I internate sunt suportate de catre casa de asigurari de sanatate.

Sectionea a 5-a

OBLIGATIILE ASIGURATILOR

Art.23 Pentru a beneficia de drepturile prevazute de prezenta lege asiguratii sunt obligati:

- a) sa se inscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- b) sa anunte medicul de familie ori de cite ori apar modificari in starea lor de sanatate;
- c) sa se prezinte la controalele profilactice si periodice;
- d) sa anunte in termen de 15 zile medicul de familie si casa de asigurari modificarile datelor de identitate sau modificarile referitoare la incadrarea lor intr-o anumita categorie de asigurat;
- e) sa respecte cu strictete tratamentul si indicatiile medicului curant;
- f) sa aiba o conduita civilizata fata de personalul medico-sanitar;
- g) sa-si achite contributia datorata la fondul de asigurari sociale de sanatate conform prevederilor prezentei legi;
- h) sa prezinte furnizorilor de servicii documentele justificative de achitare a contributiei la fondul de asigurari sociale de sanatate.

CAPITOLUL III

SERVICIILE MEDICALE ASIGURATE DE LA BUGETUL ASIGURARILOR SOCIALE DE SANATATE

Sectiunea 1

SERVICIILE MEDICALE

Sectiunea 1.1 SERVICII MEDICALE PROFILACTICE

Art.24 In scopul prevenirii imbolnavirilor si al pastrarii sanatatii asiguratii vor fi informati permanent asupra mijloacelor de pastrare a sanatatii, de reducere si de evitare a cauzelor de imbolnavire.

Art.25 In situatia in care se constata noxe profesionale sau risc crescut de accidentare casele de asigurari de sanatate au obligatia de a anunta autoritatile responsabile cu protectia muncii si protectia mediului precum si asiguratii direct afectati.

Art.26 Ministerul Sanatatii si Familiei impreuna cu Casa Nationala de Asigurari Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania si asociatiile profesionale ale medicilor, legal constituite elaboreaza si realizeaza programe de sanatate finantate de la bugetul de stat, de la bugetul asigurarilor sociale de sanatate precum si din alte surse.

Art.27 Serviciile medicale preventive suportate din fondul asigurarilor sociale de sanatate sunt urmatoarele:

- a) urmarirea evolutiei sarcinii si a femeilor in perioada de lauzie;
- b) urmarirea dezvoltarii fizice si psiho-motorii a copilului;
- c) controale periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecinte majore in morbiditate si mortalitate;
- d) serviciile medicale pentru prevenirea si depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizica a copiilor;
- e) servicii medicale stomatologice preventive
- f) imunizari;
- g) consiliere in vederea evitarii factorilor de risc;
- h) servicii de planificarea familiala.

Sectiunea 1.2

SERVICII MEDICALE CURATIVE

Art.28 Asiguratii au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicatiilor, pentru recuperare sau cel putin pentru ameliorarea suferintei pacientului dupa caz.

Art.29 Serviciile medicale curative ale caror costuri sunt suportate de la bugetul asigurarilor sociale de sanatate sunt:

- a) serviciile medicale acordate persoanei bolnave pina la diagnosticarea afectiunii (anamneza, examen clinic, examene paraclinice si de laborator);
- b) tratamentul medicamentos, indicatiile privind regimul de viata si munca, regimul igienico-dietetic si terapia de recuperare;
- c) prescrierea tratamentului necesar;
- d) activitati de suport (acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca sau ingrijirea copilului bolnav);
- e) servicii medicale de urgenta.

Sectiunea 1.3 MEDICAMENTE, MATERIALE SANITARE, PROTEZE, ORTEZE SI ALTE MIJLOACE TERAPEUTICE

Art.30 Aceste servicii medicale sunt acordate in cabinetul medicului de familie, la domiciliul pacientului, la nivelul ambulatorului de specialitate, in spitalele acreditate sau in alte unitati sanitare acreditate.

Art.31 Costul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor cuprinse la art.11 va fi suportat integral din bugetul asigurarilor sociale de sanatate.

Art.32 Celelalte categorii de asigurati beneficiaza de medicamentele necesare tratamentului afectiunilor pe baza de prescriptie medicala suportind o parte din costul acestora. Quantumul din valoarea medicamentelor prescrise acestor categorii de asigurati care va fi suportat de casa de asigurari de sanatate va fi stabilit prin Contractul Cadru.

Art.33 Asiguratii au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea vazului si auzului, pentru protezarea membrelor si alte materiale sanitare in scopul protezarii unor deficiente organice sau fiziologice pe baza prescriptiilor medicale cu sau fara contributie personala in conditiile prevazute de Contractul-cadru.

Art.34 Nu sunt suportate din fondul asigurarilor sociale de sanatate costurile serviciilor si al materialelor pentru corectii estetice decit la copiii in virsta de pina la 18 ani.

Art.35 Nu sunt suportate din fondul asigurarilor sociale de sanatate costul unor materiale sanitare necesare corectarii vazului si auzului:bateriile pentru aparatele auditive,ochelari de vedere.

Sectiunea 1.4

SERVICII DE REABILITARE A SANATATII.

Art.36 Asiguratii au dreptul la tratament fizioterapeutic,masaje,gimnastica medicala si alte asemenea mijloace terapeutice, pe baza de prescriptie medicala cu sau fara contributie persoana in conditiile prevazute de Contractul-cadru.

Art.37 Asiguratii au dreptul la asistenta medicala de recuperare intr-o unitate speciala pentru o perioada si dupa un ritm stabilite de medicul curant in programul de reabilitare, cuantumul contributiei personale fiind stabilit prin Contractul-cadru.

Sectiunea 1.5

SERVICII MEDICALE LA DOMICILIU

Art.38 Asiguratii au dreptul sa primeasca asistenta medicala la domiciliu si ingrijire din partea unui cadru mediu sanitar daca este necesar si indicat de medic in conditiile legii.

Sectiunea 1.6

SERVICII SPECIALE

Art.39 Cheltuielile de transport pentru asigurati sunt suportate de casele de asigurari de sanatate numai in urmatoarele conditii:

- a) urgentele medico-chirurgicale;
- c) cazurile prevazute in Contractul-cadru.

Sectiunea 1.7

SERVICII ALE CAROR COST NU SUNT SUPORTATE DIN FONDUL DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE

Art. 40 Serviciile al caror cost nu sunt suportate din fondul asigurarilor sociale de sanatate costul acestor fiind suportat de asigurat sau de unitatile care le solicita sunt:

- a)medicamentele si materialele sanitare care nu sunt stipulate in Contractul-cadru;
- b) serviciile medicale si materialele sanitare acordate in cazul unor corectii estetice;

- d) costul unor materiale necesare corectiei vazului si auzului:baterii pentru aparatele auditive,ochelari de vedere;
- e) o parte din costul protezelor si ortezelor;
- f) unele investigatii de inalta performanta;
- g) unele tipuri de transport
- h) costurile hoteliere de confort sporit;
- i) costurile hoteliere pentru insotitorii asiguratilor internati,exceptind mamele care alapteaza si insotitorii persoanelor cu handicap de gradul I;
- j) serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;
- k) serviciile medicale si eliberarea actelor medicale eliberate la solicitarea autoritatilor care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor;
- l) serviciile medicale la domiciliul asiguratului,la solicitarea acestuia,care nu sunt stipulate in Contractul-cadru.

Sectiunea a 2-a

ASIGURAREA CALITATII SERVICIILOR

Art.41 Asigurarea calitatii serviciilor medicale se realizeaza prin acceptarea de catre casele de asigurari de sanatate numai a:

- a) serviciilor medicale si stomatologice recunoscute de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si Colegiul Medicilor din Romania conform legii;
- b) medicilor,asistentilor medicali si a celui alt personal ce ofera servicii medicale daca sunt acreditati conform legii;
- c) furnizorilor de servicii cu care incheie contracte daca sunt acreditati;
- d) utilizarii pentru tratamentul afectiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente;
- e) acordarii de servicii medicale conform ghidurilor de practica medicala elaborate de Colegiul Medicilor din Romania;
- f) utilizarii materialelor sanitare,protezelor,ortezelor,dispozitivelor de mers si autoservire omologate;
- g) unui sistem informational corespunzator asigurarii unei evidente primare privind diagnosticul si terapia aplicata;
- h) respectarii criteriilor de evaluare a calitatii asistentei medicale si stomatologice,elaborate de catre Colegiul Medicilor din Romania si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate conform legii.

Art.42 Criteriile privind calitatea asistentei medicale ce se acorda asiguratilor se elaboreaza de comisiile de specialitate ale Colegiului

Medicilor din Romania si de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si se refera la:

- a) tratamentul medical;
- b) tratamentul stomatologic;
- c) actiunile de depistare precoce a imbolnavirilor;
- d) procedeele medicale de recuperare eficace;
- e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, proteze, transportul bolnavilor;
- f) eliberarea de certificate medicale necesare asiguratilor pentru a beneficia de ajutoare de boala;
- g) raportarile necesare caselor de asigurari de sanatate pentru a verifica efectuarea serviciilor medicale;
- h) masurile de restabilire a fertilitatii unui cuplu;
- i) infiintarea si functionarea unitatilor sanitare si dotarea lor corespunzatoare.

Art.43 Criteriile privind calitatea asistentei medicale sunt obligatorii pentru toti furnizorii de servicii medicale care au incheiat contracte de furnizare a serviciilor cu casele de asigurari de sanatate.

Art.44 In vederea respectarii criteriilor de calitate a serviciilor medicale furnizate asiguratilor, casele de asigurari de sanatate organizeaza controlul activitatii medicale impreuna cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din Romania si ale Colegiului Farmacistilor din Romania si reprezentanti ai asociatiilor profesionale de medici.

Sectiunea a 3-a **ACTIUNI COMUNE PENTRU SANATATE**

Art.45 Ministerul Sanatatii proiecteaza, implementeaza si coordoneaza programe de sanatate publica in scopul realizarii unor obiective de sanatate cu participarea tuturor institutiilor cu raspundere in domeniul realizarii politicii sanitare a statului.

Obiectivele se stabilesc in colaborare cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania, reprezentanti ai spitalelor si clinicilor universitare si ai unitatilor de cercetare si ai asociatiilor profesionale de medici.

Art.46 Casa Nationala de Asigurari de Sanatate colaboreaza cu Ministerul Sanatatii si Familiei si cu structurile similare din ministerele cu retea sanitara

proprie pentru realizarea serviciilor preventive care se finanteaza de la buget.

Art.47 Aparatele de mare performanta se procura de catre spitale si centrele de diagnostic si tratament pe baza aprobarii unei comisii centrale compusa din reprezentanti ai Ministerului Sanatatii si Familiei, Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ai Colegiului Medicilor din Romania in limita prevederilor bugetului alocat.

Art.48 Spitalele publice se construiesc de catre autoritatile locale in baza unui program pe termen lung desfasurat in ani care se aproba prin lege.

Sectiunea a 4-a

ATRIBUTIILE COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMANIA

Art.49 Atributiile Colegiului Medicilor din Romania in domeniul asigurarilor sociale de sanatate sunt urmatoarele:

- a) elaboreaza impreuna cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;
- b) elaboreaza ghidurile de practica medicala in baza carora se va desfasura asistenta medicala;
- c) elaboreaza impreuna cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate criteriile de evaluare a calitatii asistentei medicale si stomatologice;
- d) participa impreuna cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la controlul activitatii medicale din sistemul asigurarilor sociale de sanatate;
- e) elaboreaza impreuna cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate obiectivele si programele de sanatate publica;
- f) participa prin reprezentantii sai din comisia centrala la aprobarea achizitionarii de aparatura de inalta performanta;
- g) garanteaza fata de casele de asigurari de sanatate ca serviciile medicale respecta parametrii de calitate si de stabilitate, conform prezentei legi;
- h) asigura necesarul de asistenta medicala din punct de vedere cantitativ si calitativ in plan teritorial;
- i) participa la elaborarea planurilor de construire a spitalelor publice;
- j) participa la acreditarea personalului medical, prin comisiile paritare organizate impreuna cu casele de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 5-a

ACREDITAREA FURNIZORILOR DE SERVICII

Art.50 Casele de asigurari de sanatate vor incheia contracte numai cu furnizori de servicii acreditati dupa cum urmeaza:

- a) medici-acreditati de catre comisiile paritare de acreditare formate din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate si ai colegiilor medicilor locale;
- b) personalul sanitar, altul decit medici-acreditati, de comisii paritare compuse din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate si ai directiilor de sanatate publica;
- c) farmacisti-acreditati de comisiile paritare formate din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate si ai colegiilor farmacistilor locale;
- d) furnizori de dispozitive medicale, acreditati conform procedurilor elaborate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

Art.51 Comisiile de acreditare a personalului medical se organizeaza la nivel national si judetean, respectiv municipal, pentru Bucuresti de catre Colegiul Medicilor din Romania si de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/Casele de asigurari de sanatate in componenta paritara.

Art.52 Comisiile de acreditare a personalului nemedical se organizeaza la nivel national si judetean, respectiv municipal, pentru Bucuresti, de catre Ministerul Sanatatii si Familiei/Directiile de Sanatate Publica si de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/Casele de asigurari de sanatate, in componenta paritara.

Art.53 Comisiile de acreditare a farmacistilor se organizeaza la nivel national si judetean, respectiv municipal pentru Bucuresti de catre Colegiul Farmacistilor din Romania si de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/Casele de asigurari de sanatate, in componenta paritara.

Art.54 Pentru acreditarea spitalelor se vor organiza la nivel national si local comisii de acreditare din care sa faca parte reprezentanti ai Ministerului Sanatatii si Familiei/Directiilor de Sanatate Publica, ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/Caselor de asigurari de sanatate, ai Colegiului Medicilor din Romania/colegiilor judetene si ai Asociatiei Spitalelor din Romania.

CAPITOLUL IV

FINANTARE FONDULUI DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE

Sectionea 1.

CONSTITUIREA FONDURILOR

Art.55 Regulamentele de functionare a comisiilor de acreditare a furnizoriilor de servicii medicale in cadrul asigurarilor sociale de sanatate se elaboreaza de

catre comisiile de la nivel national in termen de 3 luni de la intrarea in vigoare a prezentei modificari.

Art.56 Colectarea contributiilor pentru asigurarile sociale de sanatate se face de catre casele de asigurari de sanatate conform legistatiei in vigoare.

Art.57 Constituirea fondurilor de asigurari sociale de sanatate se face din contributia asiguratilor, din contributia persoanelor fizice si juridice care angajeaza personal salariat din subventii de la bugetul de stat si de la bugetele locale precum si din alte surse.

Art.58 Quantumul contributiei banesti lunare a persoanei asigurate se stabileste sub forma unei cote de 7% care se aplica astfel:

a) asupra veniturilor salariale brute, in cazul asiguratilor care au calitatea de angajat in categoria veniturilor brute se include si indemnizatiile cuvenite potrivit legii pentru ingrijirea copilului pina la virsta de 2 ani precum si indemnizatiile acordate in conditiile legii personalului care lucreaza in sectorul productiei de aparare pe perioada de intrerupere a activitatii;

b) asupra veniturilor impozabile in cazul asiguratilor care lucreaza pe baza de conventie civila;

c) asupra veniturilor impozabile ale liber-profesionistilor;

d) asupra venitului agricol anual

e) asupra drepturilor de pensie, pensie suplimentara, ajutor de somaj, ajutor de integrare profesionala si alocatiei de sprijin.

Art.59 Contributia pentru asigurarile sociale de sanatate se deduce din impozitul pe salariu sau dupa caz, din impozitul pe venit ori pe veniturile nete, in cazul neimpozitarii acestora si se varsa la Casa de Asigurari de Sanatate.

Art.60 Persoanele care nu pot dovedi calitatea de asigurat si plata contributiei au obligatia de a achita contributia legala de la data de 01 ianuarie a anului primei solicitari de servicii medicale.

Art.61 Persoanele juridice sau fizice care angajeaza personal salariat au obligatia sa retina de la angajati, sa vireze casei de asigurari de sanatate teritoriale contributia de 7% datorata pentru sanatate si sa anunte orice schimbare ce apare in veniturile acestora.

Art.62 Persoanele juridice sau fizice care angajeaza personal salariat au obligatia platii contributiei de 7% in cota egala cu cea retinuta de la angajati pentru asigurarile sociale de sanatate raportate la fondul de salarii.

Art.63 Pentru pensionari, pentru beneficiarii ajutorului de somaj si ai alocatiei de sprijin, precum si pentru persoanele care lucreaza pe baza de conventii civile contributia pentru asigurarile sociale de sanatate se retine o data cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza si se vireaza casei de asigurari de sanatate la care este arondata persoana in cauza.

Art.64 Persoanele care nu sunt salariate dar au obligatia achitarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate o platesc la casa de asigurari de sanatate la care sunt arondati.

Art.65 (1) Sunt scutite de la plata contributiei, dar beneficiaza de calitatea de asigurat persoanele prevazut la art.11 al prezentei legi.

(2) Contributia pentru asigurarile sociale de sanatate datorata pentru persoanele prevazute la alin.1 se suporta astfel:

- a) bugetul de stat pentru persoanele prevazute la art.11 pct.a,b,d,e,f1,f3,f4,g,i,j;
 - b) bugetul asigurarilor sociale de stat pentru persoanele prevazute la art.11 pct.f2;
- fondul de intrajutorare a persoanelor cu handicap, pentru persoanele prevazute la art.11 pct.c.

Art.66 Contributia pentru asigurarile sociale de sanatate pentru persoanele care declara ca nu au venituri va fi calculata la un quantum de 14%din valoarea salariului minim pe economie si va fi achitata direct la casa de asigurari de sanatate pe raza careia domiciliaza aceste persoane.

Art.67 Angajatorii, asiguratii si celelalte institutii care au obligatia retinerii si virarii ori platii contributiei la asigurarile sociale de sanatate datoreaza majorari de intarziere pentru plata ori virarea cu intarziere a contributiei.

Cuquantumul majorarii este egal cu cel corespunzator la plata impozitelor catre bugetul de stat.

Art.68 In cazul neachitarii in termen de 30 zile a contributiilor datorate fondului pentru asigurari sociale de sanatate, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin casele de asigurari de sanatate teritoriale procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru incasarea sumelor cuvenite si a majorarilor de intirziere.

Art.69 Din bugetul de stat sunt suportate urmatoarele cheltuieli:

- a) pentru investitiile legate de construirea unor unitati sanitare si pentru aparatura medicala de mare performanta;

- b) pentru activitatea de prevenire, de diagnostic, curativă și de reabilitare în cazul afecțiunilor transmisibile incluse în programele naționale elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei.

Art.70 Asigurații suportă unele plăți privind costul medicamentelor furnizate și unele servicii medicale corespunzător reglementărilor stabilite de Contractul-cadru.

Secțiunea a 2-a.

ADMINISTRAREA ȘI UTILIZAREA FONDURILOR DE ASIGURARI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Art.71 Colectarea și depozitarea sumelor destinate fondului asiguraților sociale de sănătate se face prin intermediul unor bănci comerciale care prezintă garanții guvernamentale, stabilite de către Consiliul de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu acordul Adunării Generale a Reprezentanților și cu avizul Ministerului Finanțelor. Sumele realizate din dobânzile acordate de bancă vor trece în fondurile de rezervă ale caselor de asigurări de sănătate, utilizarea acestora fiind hotărâtă în consiliile de administrație ale caselor de asigurări de sănătate cu avizul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art.72 Administrarea fondului de asigurări sociale de sănătate se face prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și prin casele de asigurări de sănătate subordonate acesteia.

Art.73 Proiectele de bugete de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale se definitivează de Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate la propunerea acestora și se aprobă în condițiile legii.

Art.74 Fondul de asigurări sociale de sănătate colectat de Casele de Asigurări de Sănătate se utilizează pentru:

- a) plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, protezelor, ortezelor și dispozitivelor medicale în cota de 77%;
- b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în cota de 3%;
- c) constituirea fondului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în cota de maximum 20% din totalul sumelor colectate ce va fi utilizat pentru redistribuire și pentru administrare a Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate.

Art.75 Sumele constituite și virate în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în cota de 20% din FASS se utilizează pentru:

- a) fondul de rezerva propriu in cota de 2% din FASS(10% din totalul fondului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate);
- b) cheltuieli de adminstrare,functionare si capital in cota de 3% din FASS(15% din totalul fondului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate);
- c) fondul de redistribuire pentru sustinerea bugetelor caselor de asigurari de sanatate subordonat, cu dezechilibre financiare, care se calculeaza potrivit datelor demografice de morbiditate si a complexitatii serviciilor medicale in cota de 15% din FASS (75% din totalul fondului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate).

Art.76 Utilizarea fondului de rezerva propriu al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in cota de 10% va fi stabilita de catre Consiliul de Administratie al acesteia cu aprobarea Adunarii Generale a Reprezentantilor.

Art.77 In cazul constatarii colectarii deficitare a fondului de asigurari sociale de sanatate, cu epuizarea tuturor masurilor legale ca acest lucru sa nu se intimple, se reanalizeaza si se renegociaza contravaloarea serviciilor contractate cu toti furnizorii de servicii. Aceste modificari se vor putea stipula in acte aditionale la contractele incheiate de catre casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii.

Art.78 Fondurile ramase la finele anului se reporteaza in anul urmator cu aceeasi destinatie.

Art.79 Fondul destinat cheltuielilor pentru plata serviciilor, cota de 77% din fondul colectat se repartizeaza in cote procentuale pentru fiecare domeniu al asistentei medicale astfel:

- asistenta medicala de familie 15%;
- asistenta medicala de specialitate din ambulator 5%;
- servicii medicale paraclinice 3%;
- servicii medicale de spital 45%;
- medicamente si materiale specifice utilizate in spitale 8%;
- dispozitive medicale 2%;
- asistenta cu medicamente in tratamentul ambulator 12%;
- servicii prespitalicesi 5%;
- asistenta medicala ambulatorie stomatologica 4%;
- servicii medicale de recuperare reabilitare a sanatatii si ingrijirii la domiciliu 1%.

Art.80 Executia bugetara la nivelul caselor de asigurari de sanatate pe fiecare segment de asistenta medicala se raporteaza la Casa Nationala de Asigurari

Sociale de Sanatate in termen de 10 zile de la incheierea fiecarui trimestru si se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Art.81 Pentru a se urmări încadrarea în cota aferentă asistentei medicale pe fiecare segment și pentru calculul valorilor estimate și definitive ale punctelor și tarifelor fondul este defalcat pe trimestre.

Capitolul V **ORGANIZAREA CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE**

Sectiunea 1. **ORGANIZAREA ADMINISTRATIVA**

Art.82 Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate este institutie publica autonoma de interes national cu personalitate juridica fara scop lucrativ, avand ca principal obiect de activitate asigurarea functionarii unitare și coordonate a sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

Art.83 Casele de asigurari de sanatate judetene și a municipiului Bucuresti sunt institutii publice autonome de interes local, cu personalitate juridica, fara scop lucrativ, care administrează și gestionează în mod autonom fondul de asigurari sociale de sanatate propriu cu respectarea normelor elaborate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, asigurand functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate la nivel local în scopul sustinerii intereselor asiguratilor pe care îi reprezintă.

Art.84 Casele de asigurari de sanatate functioneaza pe baza unui statut elaborat cu respectarea prevederilor prezentei legi și aprobat de Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate, care trebuie sa contina prevederi referitoare la:

- a) denumirea și sediul casei de asigurari de sanatate;
- b) teritoriul deservit, modul de convocare și de adoptare a hotararilor Adunarii Generale a reprezentantilor;
- c) drepturile, obligatiile și salarizarea organelor de conducere;
- d) organizarea activitatii financiar-contabile, a controlului și întocmirea bilanțului contabil anual;
- e) modalitățile de publicitate.

Art.85 Adunarea generala a reprezentantilor va fi formata din 3 reprezentanti desemnati de urmatoarele categorii: fiecare specialitate medicala, fiecare grupa de furnizori de servicii, patronat, sindicat, asociatiile profesionale ale furnizorilor de servicii, administratiile locale, pensionari.

Art.86 Adunarea generala a reprezentantilor are ca principal obiectiv sustinerea intereselor asiguratilor in raporturile cu Consiliul de Administratie.

Art.87 Adunarea generala a reprezentantilor indeplineste urmatoarele atributii:

- a) aproba statutul si alte reglementari specifice in domeniul sau de activitate potrivit legii;
- b) valideaza anual consiliul de administratie;
- c) alege membrii sai reprezentanti in consiliul de administratie odata la 4 ani;
- d) aproba bilantul contabil si descarcarea gestiunii anului precedent;
- e) aproba bugetul de venituri si cheltuieli pentru anul curent;
- f) alege o comisie de cenzori formata din 3 membri si 3 supleanti.

Art.88 Adunarea generala a reprezentantilor se intruneste anual precum si in situatii speciale prevazute in statut.

Art.89 Presedintele consiliului de administratie reprezinta casele de asigurari de sanatet si pe asigurati in raporturile cu alte persoane fizice si juridice.

Art. 90 Consiliului de administratie al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate se constituie din 17 membri dupa cum urmeaza:

- a) 5 reprezentanti ai statului, dintre care 2 sunt numiti de Presedintele Romaniei si 3 de Primul Ministru, la propunerea Ministrului Sanatatii si Familiei, Ministrului Muncii si Solidaritatii Sociale si Ministrului Finantelor;
- b) 12 reprezentanti alesi de Adunarea Generala a Reprezentantilor, cate 2 pentru fiecare din urmatoarele categorii: specialitati medicale, furnizori de servicii, patronat sindicat, asociatii profesionale si pensionari.

Art.91 Consiliul de adminstratie al caselor de asigurari de sanatate este format din 9 membri dupa cum urmeaza:

- a) 3 membri numiti de autoritatile publice locale;
- b) 6 reprezentanti alesi de adunarea generala a reprezentantilor.

Art.92 Atributiile Consiliului de Administratie si ale Adunarii Generale a Reprezentantilor se stabilesc prin statutul propriu al caselor de asigurari de sanatate.

Fiecare din cele doua organe de conducere ale caselor de asigurari de sanatate functioneaza in mod legal in prezenta a cel putin doua treimi din numarul membrilor sai.

Art.93 Membrii consiliului de administratie si ai adunarii generale a reprezentantilor pot fi revocati numai de cei care i-au numit. Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocarii, decesului sau altor cauze prevazute de lege, se numesc noi membri pana la expirarea mandatului in curs.

Art.94 Mandatul organelor de conducere ale caselor de asigurari de sanatate este de 4 ani.

Art.95 O persoana poate fi aleasa in organele de conducere ale caselor de asigurari de sanatate pentru maximum doua mandate.

Art.96 Presedintele si vicepresedintele consiliului de administratie sunt alesi din randul membrilor consiliului de administratie, cu votul majoritatii absolute a membrilor consiliului de administratie.

Art.97 Mandatul presedintelui si al vicepresedintelui inceteaza prin demisie, revocare sau prin deces. Revocarea poate fi decisa cu acordul a cel putin doua treimi din numarul membrilor consiliului de administratie.

Art.98 Presedintele consiliului de administratie este si presedintele casei de asigurari de sanatate, pe care o reprezinta in relatiile cu tertii.

Art.99 Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate este si ordonator principal de credite.

Art.100 Presedintii caselor de asigurari de sanatate sunt ordonatori secundari de credite.

Art.101 Conducerea operativa a activitatii caselor de asigurari de sanatate se exercita de catre un director general. Ocuparea postului de director general se face prin concurs in conditiile legii.

Art.102 Atributiile, drepturile si salarizarea presedintelui, vicepresedintelui, directorului general, ale membrilor consiliilor de administratie si ai comisiilor de cenzori se stabilesc prin statutul caselor de asigurari de sanatate in conditiile legii.

Art.103 Pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate functioneaza comisii de experti care elaboreaza proiectele de acte normative pentru acordarea serviciilor medicale. Aceste proiecte vor fi aprobate de catre comisia mixta formata din reprezentanti ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, Colegiului Medicilor din Romania, asociatiile profesionale ale medicilor, si ai

Ministerului Sanatatii si Familiei, comisie la nivelul careia se vor negocia prevederile reglementarilor in baza carora vor fi furnizate si platite serviciile.

Art.104 Pe durata mandatelor, presedintii, vicepresedintii si directorii generali ai caselor de asigurari de sanatate nu pot exercita functii in organele de conducere ale asociatiilor patronale sau ale organizatiilor sindicale, alte functii sau demnitati publice, cu exceptia functiilor didactice din invatamantul superior.

Sectiunea a 2-a

SERVICIUL MEDICAL AL CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE

Art.105 In cadrul Caselor de Asigurari Sociale de Sanatate functioneaza un serviciu medical format din 2-7 membri. In raport cu numarul asiguratilor acest serviciu este condus de un medic sef care este numit de consiliul de administratie conform conditiilor stabilite in statut.

Art.106 Serviciul medical al caselor de asigurari de sanatate verifica:

- a) documentatia privind raportarea serviciilor furnizate;
- b) corectitudinea certificatelor medicale de boala;
- c) oportunitatea masurilor de recuperare si ingrijire la domiciliu a asiguratilor.

Sectiunea a 3-a

OBLIGATIILE CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE

Art.107 Casele de asigurari de sanatate sunt obligate:

- a) sa verifice autorizarea si/sau acreditarea furnizorilor de servicii;
- b) sa verifice activitatea furnizorilor de servicii conform contractelor incheiate cu acestia;
- c) sa deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor contractate si prestate asiguratilor in maximum 10 zile de la data raportarii;
- d) sa acorde furnizorilor de servicii sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare potrivit legislatiei in vigoare;
- e) sa informeze furnizorii de servicii asupra conditiilor de contractare si sa accepte negocierea clauzelor contractuale;
- f) sa respecte clauzele contractuale cu furnizorii de servicii;

- g) sa informeze furnizorii asupra conditiilor de furnizare de servicii si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora cu cel putin 30 de zile inainte de aplicarea modificarii;
- h) sa asigure un sistem informational unitar si confidential corespunzator asigurarii cel putin a unei evidente primare;
- i) sa verifice prescrierea si eliberarea medicamentelor in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- j) sa respecte clauzele contractuale cu asiguratii pe care ii reprezinta si sa asigure un sistem permanent de informarea asiguratilor asupra mijloacelor de pastrare a sanatatii in vederea reducerii si evitarii cauzelor de imbolnavire, asupra drepturilor si a obligatiilor lor, asupra serviciilor al caror cost este suportat de asigurarile sociale de sanatate;
- k) sa distribuie carnetele de asigurat, vignetele doveditoare de achitare a contributiei pentru fondul asigurarilor sociale de sanatate si extrasele de informare a asiguratilor, in mod direct si nemijlocit, catre persoanele care beneficiaza de asigurare;
- l) sa transmita situatiile statistice si alte activitati raportate de furnizorii de servicii catre institutiile interesate, respectiv Directiile de Sanatate Publica, Centrelor de Statistica, Inspectoratului Sanitar de Stat.;
- m) sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfasurata de furnizorii de servicii, precum si evidenta asiguratilor si carnetelor distribuite;
- n) 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 in vigoare;
- o) sa informeze furnizorii de servicii, trimestrial, asupra sumelor colectate si a modalitatii folosirii fondurilor colectate (adica a procentelor din sumelor colectate, acordate ca plata fiecarui domeniu al furnizorilor de servicii).

Art.108 Casa Nationala de Asigurari de Sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa asigure logistica functionarii unitare si coordonate a sistemului asigurarilor sociale de sanatate;
- b) sa urmareasca colectarea si folosirea fondurilor asigurarilor sociale de sanatate;
- c) sa tina evidenta centralizata a tuturor asiguratilor, a carnetelor de asigurat tiparite si distribuite, precum si a apartenentei asiguratilor pe medici de familie si pe case de asigurari, evitand in acest fel inscrierile duble ale asiguratilor si existenta de carnete duble;
- d) sa asigure decontarile obligatorii intre casele de asigurari, in vederea respectarii dreptului asiguratului de alegere a medicului, indiferent de casa

de asigurari de sanatate cu care are contract medicul sau la care vireaza contributia asiguratul;

- e) sa foloseasca orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea si sustinerea intereselor asiguratilor pe care ii reprezinta. In acest scop, va edita un extras de informare generala a asiguratilor, conform prezentei legi;

Sectiunea a 4-a

CONTROLUL DE GESTIUNE AL CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE

Art.109 Controlul de gestiune al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si al caselor de asigurari de sanatate subordonate se face anual de catre Curtea de Conturi.

Art.110 Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa analizeze lunar, in consiliile de administratie, modul de gestionare al fondului asigurarilor sociale de sanatate.

Sectiunea a 5-a

CONTROLUL SERVICIILOR MEDICALE

Art.111 Casa Nationala de Asigurari de Sanatate impreuna cu Colegiul Medicilor din Romania organizeaza comisii de control al serviciilor medicale care se acorda asiguratilor, formate din specialisti pe specificul furnizorului medical.

Art.112 Controlul are ca scop verificarea indeplinirii parametrilor calitatii serviciilor medicale, potrivit criteriilor elaborate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, de Colegiul Medicilor din Romania si Ministerul Sanatatii si Familiei.

Capitolul VI RELATIILE CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE CU FURNIZORII DE SERVICII .

Sectiunea 1

RELATIILE CASELOR DE ASIGURARI DE SANATATE CU FURNIZORII DE SERVICII

Art.113 Relatiile dintre casele de asigurari de sanatate si furnizorii de servicii se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract. In situatia in care este necesara

modificare sau completarea clauzelor, acestea vor fi negociate si stipulate in acte aditionale.

Art.114 Tipurile de contracte, pentru fiecare specialitate de servicii, vor fi elaborate de comisii mixte, formate din reprezentati ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania si Colegiul Farmacistilor din Romania.

Acestea sunt obligatorii in forma stabilita in anexele Contractului-cadru si sunt negociate cu furnizorii, clauzele negociate fiind mentionate la capitolul „Clauze negociate”.

Art.115 Contractele vor cuprinde in mod obligatoriu, datele de identificare ale partilor contractante, obiectul contractului, serviciile contractate, modul de raportare a activitatii, durata contractului, obligatiile partilor, modalitatile de plata, conditiile de acordare a serviciilor, raspunderile contractuale ale partilor, modalitatile de reziliere si modificare, solutionarea litigiilor, clauze suplimentare sau speciale si clauzele negociate.

Art.116 Contractele se incheie in baza urmatoarelor documente: actul de infiintare, autorizatia sanitara de functionare, actul doveditor al detinerii spatiului in care se desfasoara activitatea, cont bancar, codul fiscal sau de recunoastere fiscala si dovada de acreditare a furnizorului.

Art.117 Refuzul caselor de asigurari de sanatate de a incheia contracte de furnizare de servicii, denuntarea contractului, precum si raspunsurile la cererile si sesizarile furnizorilor se va face in scris si motivat cu indicarea temeiului legal in termen de 30 de zile.

Art.118 Contractul dintre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si medic inceteaza in urmatoarele situatii:

- a) daca medicul nu incepe activitatea in termen de cel mult 3 luni sau intrerupe activitatea din motive imputabile pe o perioada mai mare de 3 luni;
- b) prin denuntarea unilaterala a contractului de catre medic;
- c) daca medicul renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiul Medicilor din Romania;
- d) daca se muta cabinetul medical din teritoriul de functionare al casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat contractul;
- e) daca medicului i se retrage acreditarea.

Sectionea a 5-a

DECONTAREA – PLATA SERVICIILOR MEDICALE

Art.119 Nerespectarea obligatiilor contractuale de catre oricare dintre parti conduce la aplicarea clauzelor prevazute in contracte mergand pana la rezilierea contractului.

Art.120 (1) Decontarea serviciilor se face in baza contractelor incheiate intre casele de asigurari de sanatate si furnizorii de servicii, din fondul de asigurari sociale de sanatate si din alte surse indiferent de casa de asigurari de sanatate la care s-a virat contributia asiguratului.

(2) Metodologia de decontare obligatorie intre casele de asigurari de sanatate pentru fiecare segment al asistentei medicale se elaboreaza de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate cu acordul caselor din subordine.

Art.121 Casele de asigurari de sanatate deconteaza sumele cuvenite furnizorilor astfel:

- a) pana la data de 10 a fiecarei luni sumele aferente lunii precedente la valorile estimate;
- b) la finele trimestrului, dar nu mai tarziu de data de 25 a lunii urmatoare se face regularizarea sumelor cuvenite in functie de serviciile medicale efectiv prestate, punctajele realizate si valorile definitive ale punctajelor, tarifelor pe serviciu medical si sumele alocate in cursul trimestrului respectiv.

Art.122 Erorile de calcul constatate:

- a) in cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfirsitul trimestrului odata cu recalcularea drepturilor banesti cuvenite;
- b) dupa expirarea trimestrului vor fi corectate in trimestrul urmator la valorile definitive din trimestrul in care s-a produs eroarea;
- c) dupa incheierea anului financiar vor fi corectate in maximum 3 luni de la constatarea erorii.

Art.123 Nedecontarea contravalorii serviciilor furnizate in termen de maximum 10 zile de la data nedeunerii documentelor justificative, obliga Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la plata unor majorari de intirziere care se calculeaza conform calcularii majorarilor aferente pentru intarzierea achitarii impozitelor catre stat, clauza stipulata in mod obligatoriu in contractele de furnizare de servicii. Sumele provenite din calculul acestor majorari si penalitati vor fi calculate si virate *din oficiu* odata cu suma respectiva.

Art.124 Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii medicale de catre casele de asigurari de sanatate sunt prin tarif pe persoana asigurata si prin tarif pe serviciu, conform contractelor incheiate.

Art.125 Casele de asigurari de sanatate deconteaza valoarea medicamentelor acordate asiguratilor pentru tratamentul ambulator conform prevederilor Contractului-cadru.

Art.126 Casele de asigurari de sanatate deconteaza gratuitatile privind asistenta medicala, medicamentele si dispozitivele pentru:

- a) gravide si lauze;
- b) copiii intre 0 si 18 ani si tinerii in varsta de la 18 ani pana la 26 ani, daca sunt elevi, studenti sau ucenici si daca nu realizeaza venituri din munca;
- c) bolile prevazute in programele elaborate de Ministerul Sanatatii si Familiei pentru care cheltuielile sunt suportate de casele de asigurari de sanatate conform prevederilor legale;
- d) categoriile de persoane ale caror drepturi sunt prevazute de Decretul-lege nr.118/1990, de Legea nr.44/1994, de art.2 din Legea nr.42/1990;
- e) medicii si personalul acreditat care isi desfasoara activitatea in sistemul de asigurari sociale de sanatate.

Sectionea a 3-a **LITIGIILE SI ARBITRAJUL**

Art.127 Casele de asigurari de sanatate deconteaza investigatiile paraclinice efectuate numai in unitatile sanitare cu care ele au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale.

Art.128 Litigiile legate de incheierea, executarea, modificarea, interpretarea clauzelor si incetarea contractului dintre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si furnizorul de servicii vor fi solutionate de catre parti pe cale amiabila.

Art.129 Litigiile nesolutionate pe cale amiabila sunt de competenta instantelor judecatoresti potrivit legii. Termenul de sesizare a instantelor judecatoresti competente este de 3 luni de la data nerealizarii acordului de vointa a partilor contractului cu privire la pretentiile ce constituie obiectul litigiului.

Art.130 Litigiile aparute ca urmare a nerespectarii sau a aplicarii necorespunzatoare a prevederilor legale privind asigurarile sociale de sanatate, se solutioneaza de Comisia Centrala de Arbitraj cu exceptia cazurilor prevazute expres de legislatia in vigoare.

Art.131 Comisia Centrala de Arbitraj:

- a) este organizata de Ministerul Sanatatii si Familiei, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania, Colegiul Farmacistilor din Romania si Ministerul Justitiei, care desemneaza cate un reprezentant pentru formarea comisiei;
- b) este formata din 5 membri (un medic de familie, un medic specialist, un farmacist, un jurist si un economist) care sunt acreditati si inregistrati la Ministerul Justitiei;
- c) presedintele comisiei este ales dintre membrii acesteia.

Art.132 Regulamentul de functionare al Comisiei Centrale de Arbitraj se stabileste de catre Ministerul Justitiei.

Art.133 Hotararile Comisiei Centrale de Arbitraj pot fi contestate in instantele judecatoresti in termen de 3 luni de la data comunicarii lor catre partile aflate in litigiu.

Capitolul VII

FURNIZORII DE SERVICII

Sectionea 1

DREPTURILE SI OBLIGATIILE FURNIZORILOR

Art.134 (1) Furnizorii de servicii sunt medicii, personalul acreditat si unitatile care intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate oferindu-si serviciile asiguratilor.

(2) Unitatile ce pot intra in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate sunt:

Cabinete medicale, centre medicale, centre de diagnostic si tratament, spitale, alte unitati sanitare, farmacii, producatori de proteze, orteze, dispozitive medicale si alte materiale sanitare necesare asiguratilor.

Art.135 Furnizorii de servicii au urmatoarele drepturi:

- a) sa cunoasca toate conditiile de contractare a serviciilor cu cel putin 30 de zile inaintea incheierii contractelor;
- b) sa fie informati cu cel putin 30 de zile inainte de aplicarea oricarei schimbari in modul de functionare si de acordare a serviciilor contractate;
- c) sa negocieze clauzele contractuale si suplimentare;
- d) sa-si organizeze activitatea proprii in conformitate cu dispozitiile prezentei legi;
- e) sa cunoasca modalitatile de decontare a serviciilor contractate si executiile bugetare trimestriale.

Pot angaja medici in cadrul aceleiasi specialitati medicale sau cu acreditari echivalente.

Art.136 Furnizorii de servicii sunt obligati:

- a) sa acorde asistenta medicala tuturor asiguratilor conform reglementarilor prezentei legi;
- b) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Nomenclatorul de medicamente;
- c) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta indiferent de statutul pacientului: asigurat sau neasigurat;
- d) sa respecte criteriile medicale de calitate;
- e) sa respecte confidentialitatea prestatiei medicale;
- f) sa raporteze activitatea desfasurata, precum si situatiile statistice numai casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contracte;
- g) sa accepte efectuarea verificarii indeplinirii clauzelor financiar contractuale de catre comisiile organizate in acest scop de casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contracte;
- h) sa-si stabileasca programul de activitate si sa-l aduca la cunostiinta asiguratilor si casele de asigurari de sanatate conform clauzelor contractuale;
- i) de a angaja personal mediu sanitar si alte categorii de personal in conditiile legii achitand lunar toate contributiile prevazute de lege pentru personalul angajat.

Sectionea a 2-a

ASISTENTA MEDICALA PRIMARA – MEDICINA DE FAMILIE

Art.137 In sistemului de asigurari sociale de sanatate, asistenta medicala primara se acorda numai de catre medicii de familie acreditati, in cabinete medicale individuale, grupate sau asociate, autorizate sau prin intermediul altor unitati sanitare care au personal specializat si acreditat in acest sens.

Art.138 Medicii de familie care isi desfasoara activitatea in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pot dobandi spatii in cladirile publice cu destinatie pentru asistenta medicala si prin concesiune, inchiriere sau atribuire gratuita, in baza contractelor incheiate cu detinatorii legale ai spatiilor, avand dreptul sa opteze pentru una din aceste forme, cu obligatia de a mentine destinatia initiala a cladirii.

Art.139 Spatiile dobandite de medici in aceste conditii, cu destinatia pentru functionarea cabinelor medicale, raman in folosinta acestora pana la rezilierea contractului de catre medic.

Art.140 Contractul de detinere poate fi reziliat de catre detinatorul legal al spatiului numai in situatia in care este retrasa acreditarea medicului, precum si atunci cand inceteaza contractul medicului cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Art.141 In termen de 60 de zile de la data rezilierii contractelor, detinatorii spatiilor care au semnat contracte cu medicii de familie sunt obligati la restituirea integrala a investitiilor efectuate de catre medici la valoarea reactualizata.

Art.142 Semnatarii contractelor au obligatia de a respecta prevederile codului civil cu privire la drepturile si obligatiile fiecarei parti contractante, asigurand functionarea corespunzatoare a spatiilor pentru destinatia prevazuta.

Art.143 Pentru spatiile din cladirile publice acordate medicilor de familie pentru desfasurarea activitatii prin inchiriere, detinatorul legal al spatiului este obligat sa perceapa o chirie minima ca pentru un spatiu cu destinatie sociala.

Art.144 In cazul in care medicii de familie care au contracte incheiate cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dar si din motive neimputabile lor au pierdut dreptul de detinere a spatiului in care isi desfasurau activitatea si nu au posibilitatea de a achizitiona alt spatiu corespunzator, autoritatile legale, impreuna cu Directia de Sanatate Publica au obligatia de a pune la dispozitie acestor medici si populatiei asigurate spatii corespunzatoare pentru desfasurarea activitatii medicale.

Art.145 In vederea contractarii medicul titular al cabinetului depune la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate listele cuprinzand asiguratii inscrisi. Pe lista medicului de familie se pot inscrie si asiguratii pentru care s-a virat contributia pentru asigurarile sociale de sanatate la alte case de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract medicul.

Art.146 Persoanele care nu sunt cuprinse pe lista medicului de familie si care nu pot face dovada achitarii contributiei la fondul de asigurari sociale de sanatate, achita contravaloarea serviciilor medicale solicitate, exceptie facand cazurile de urgente medico-chirurgicale a caror contravaloare va fi suportata de Ministerul Sanatatii si Familiei prin directiile de sanatate publica.

Art.147 Asistenta medicala de familie se acorda in program de 7 ore pe zi, 5 zile pe saptamana in cabinetul medicului sau la domiciliul asiguratului, organizata in functie de conditiile specifice de zona.

Art.148 Asistenta medicala permanenta in afara orelor de program, in timpul noptii, in zilele de sambata si duminica, sarbatori legale se organizeaza de catre Ministerul Sanatatii si Familiei in colaborare cu casele de asigurari de sanatate, Colegiul Medicilor din Romania si asociatiile profesionale. Permanenta se organizeaza pe zone, cu participarea medicilor din cel putin 4 cabinete medicale, in fiecare zi a saptamanii, de luni si pana vineri, intre orele 20.00-8.00, iar in zilele de sambata, duminica si sarbatori legale se asigura permanenta de 24 ore in centre de permanenta care sa ofere siguranta medicilor.

Art.149 Asistenta medicala permanenta va fi platita corespunzator platii orelor de garda din spitalele orasenesti.

Art.150 Medicii de familie au urmatoarele obligatii:

- a) sa asigure servicii de asistenta medicala asiguratilor de pe lista proprie in limitele de calitate impuse de activitatea medicala;
- b) sa respecte normele de raportare a bolilor si efectuarea vaccinarilor, conform prevederilor legale in vigoare;
- c) sa respecte dreptul asiguratului la libera alegere a medicului, precum si dreptul de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 3 luni de la data inscrierii pe lista acestuia;
- d) sa solicite asiguratilor documentele justificative de achitare a contributiei la fondul asigurarilor sociale de sanatate;
- e) sa angajeze personal mediu sanitar si alte categorii de personal, achitand lunar toate contributiile in conformitate cu legislatia in vigoare;
- f) sa stabileasca programul de lucru si sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- g) sa raporteze lunar activitatea medicala efectiv realizata si numarul asiguratilor inscrisi pe listele proprii, fiind raspunzator de corectitudinea datelor raportate, erorile fiind corectate la verificarea raportarilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Art.151 Medicul de familie poate elimina un asigurat de pe lista in situatia in care aceasta nu respecta prevederile prezentei legi. In caz de litigiu, daca asiguratul nu doreste sa se inscrie pe lista altui medic de familie, acesta este supus analizei si deciziei Comisiei Centrale de Arbitraj, constituite conform legii care va stabili modul de acordare ulterioara a asistentei medicale a asiguratului respectiv.

Art.152 Medicii de familie nou veniti in cabinetele medicale deja existente sau nou infiintate pentru o perioada de maximum 6 luni, perioada considerata necesara pentru inscrierea asiguratilor pe listele proprii isi desfasoara activitatea in baza unei conventii incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

Art.153 In cazul in care un medic de familie ce obtine prin concurs organizat conform prevederilor legale, un post de medic de familie, nu are posibilitati de a-si organiza activitatea intr-un spatiu corespunzator, autoritatile locale si Directia de Sanatate Publica sunt obligate a pune la dispozitia medicului spatiul necesar pentru desfasurarea activitatii. Acest spatiu va fi atribuit conform legislatiei in vigoare.

Art.154 Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii in asistenta medicala primara sunt:

- prin tarif pe persoana asigurata conform listei proprii de asigurati;
- prin tarif pe serviciu medical prestat.

Sectionea a 3-a

ASISTENTA MEDICALA DE SPECIALITATE DIN AMBULATOR

Art.155 Asistenta medicala de specialitate din ambulator se acorda in cabinete medicale individuale, policlinici, centre de diagnostic si tratament, serviciile ambulatorii ale spitalelor si in cabinete medicale care functioneaza in structura unor unitati sanitare avizate si acreditate, in baza contractelor incheiate de furnizorii de servicii cu casele de asigurari de sanatate, potrivit legislatiei in vigoare.

Art.156 In cabinetele medicale din ambulator pot fi angajati numai medici acreditati. Intreaga activitate a cabinetului se face respectandu-se contractul incheiat de medicul titular al cabinetului cu casa de asigurari sociale de sanatate.

Art.157 Asistenta medicala de specialitate din ambulator este furnizata la indicatia medicului de familie, medicului din cabinetul medical scolar sau studentesc (numai pentru elevi, respectiv studenti), medicului de specialitate din ambulator, in cazul consultului interdisciplinar sau medicului specialist din spital, in cazul in care afectiunea necesita ingrijire si control la nivelul medicului specialist din ambulator, pe baza biletelor de trimitere, cu respectarea liberei alegeri de catre asigurat a medicului de specialitate acreditat fara a fi necesar un alt aviz.

Art.158 Medicul de specialitate din ambulator are urmatoarele obligatii:

- a) sa accepte pentru consult orice asigurat ce detine bilet de trimitere conform prezentei legi;
- b) sa trimita asiguratul pentru investigatii paraclinice si de laborator sau pentru consult catre alti medici de specialitate, daca acestea sunt necesare pentru elucidarea diagnosticului sau pentru evaluarea stadiului bolii;
- c) sa prescrie tratamentul necesar, conform prezentei legi;
- d) sa informeze medicul de familie si medicul care a trimis asiguratul pentru consult, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul, tratamentele si alte recomandari ce sunt necesare;
- e) sa trimita bolnavul pentru internare in spital, daca afectiunea nu poate fi tratata ambulatoriu;
- f) sa raporteze lunar casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract, activitatea medicala efectiv realizata, fiind direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate, erorile fiind corectate la verificarea raportarilor de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- g) sa accepte controlarea activitatii de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Art.159 Asiguratii se pot prezenta direct la medicul de specialitate din ambulator, fara trimitere de la medicul de familie, in urmatoarele situatii:

- a) in toate cazurile care constituie urgente medicale;
- b) in cazurile in care necesita tratament pre sau post spitalicesc, la recomandarea medicului de specialitate din spital, prin scrisoare medicala;
- c) necesita tratament si supraveghere medicala activa la nivel de medic de specialitate, pentru afectiuni confirmate, stabilite in Contractul-cadru;
- d) in cazurile care necesita control pentru evaluarea evolutiei si a tratamentului.

Si in aceste situatii medicul de specialitate din ambulator este obligat a informa medicul de familie prin scrisoare medicala despre diagnosticul, tratamentele si recomandarile necesare pentru asigurarea continuitatii asistentei medicale.

Art.160 Asiguratii care se prezinta direct la medicul de specialitate fara bilet de trimitere, cu exceptia cazurilor prevazute la articolul anterior, suporta integral tarifele serviciilor medicale acordate.

Art.161 Asistenta medicala din ambulator se acorda in program de 7 ore pe zi, 5 zile pe saptamana.

Sectiunea a 4-a **SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE**

Art.162 Investigatiile paraclinice, necesare in vederea stabilirii diagnosticului in ambulator, al caror cost este suportat din fondul de asigurari sociale de sanatate, se efectueaza numai in unitatile sanitare acreditate cu care casele de asigurari de sanatate au incheiat contracte de furnizare de astfel de servicii medicale.

Art.163 Investigatiile paraclinice nu se deconteaza in urmatoarele cazuri:

- a) in cazul repetarii din motive tehnice sau nemedicale (in aceste situatii costul investigatiilor va fi suportat de catre furnizorul de servicii);
- b) investigatiile la cererea asiguratului;
- c) investigatiile solicitate de autoritati care, prin activitatea lor, au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratului;
- d) unele investigatii de inalta performanta conform prevederilor Contractului-cadru;
- e) in cazul in care asiguratul nu face dovada achitarii contributiei la fondul asigurarilor sociale de sanatate.

Art.164 Investigatiile paraclinice si de laborator in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, se efectueaza numai in baza recomandarii acestora, prin bilet de trimitere de catre medicii de familie, medicii din cabinetul scolar sau studentesc (in cazul elevilor, respectiv studentilor), medicii de specialitate din ambulator si din spitalele care au contracte incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

Art.165 Tarifele decontate de casele de asigurari de sanatate sunt negociate pe baza propunerilor oferite de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice, in conformitate cu complexitatea si performantele aparaturii din dotare.

Art.166 Obligatiile furnizorilor de servicii medicale paraclinice:

- a) sa utilizeze numai aparatura si alte materiale necesare, conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sa nu refuze efectuarea investigatiei daca asiguratul are recomandare din partea unui medic, conform prevederilor prezentei legi;
- c) sa furnizeze medicului de familie al asiguratului si medicului care a recomandat investigatiile rezultatul acestora, fie in mod direct, fie prin intermediul asiguratului;
- d) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate activitatea efectiv realizata in baza recomandarilor primite, reprezentantul legal fiind direct raspunzator de corectitudinea datelor, erorile fiind corectate la verificarea raportarilor de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

- e) sa accepte controlul activitatii de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Sectionea a 5-a

ASISTENTA CU MEDICAMENTE IN AMBULATOR – SERVICIILE FARMACEUTICE

Art.167 Serviciile farmaceutice se acorda in baza contractelor incheiate de casele de asigurari de sanatate cu farmaciile autorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei, cu avizul Colegiului Farmacistilor din Romania si acreditate potrivit legii, indiferent daca farmacia are contract cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea la care vireaza contributia asiguratul.

Art.168 Furnizorii de medicamente au urmatoarele obligatii:

- a) sa elibereze medicamentul cu pretul cel mai mic, daca medicul indica numai denumirea comuna internationala sau arata si posibilitatea de inlocuire a medicamentului prescris;
- b) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate prin programul implementat sau printr-un program compatibil, avizat de casele de asigurari de sanatate;
- c) sa accepte controlul activitatii contractate, efectuat de casele de asigurari de sanatate;
- d) sa practice o evidenta de gestiune cantitativ valorica, pentru medicamentele al caror cost va fi suportat din fondul de asigurari de sanatate.

Art.169 Medicamentele de care beneficiaza asiguratii in conditiile legii, se suporta din fondul de asigurari sociale de sanatate si se elibereaza numai cu respectarea prevederilor modului de prescriere, eliberare si decontare.

Art.170 Lista cuprinzand denumirile comune internationale (D.C.I.) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente si produse biologice de uz uman, al caror cost este suportat integral sau partial din fondul de asigurari sociale de sanatate, se elaboreaza anual de: Ministerul Sanatatii si Familiei, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania si Colegiul Farmacistilor din Romania, devenind anexa la Contractul-cadru.

Art.171 Medicamentele cu sau fara contributie personala pentru tratamentul ambulator se elibereaza pe baza de prescriptie medicala emisa numai de medicii care au incheiat contracte cu casele de asigurari de sanatate,

indiferent de casa de asigurari de sanatate la care se vireaza contributia asiguratului.

Art.172 In sistemul de asigurari sociale de sanatate, prescrierea medicamentelor se face de medici numai in limita specialitatii si responsabilitatii pe care o au, cu exceptia medicilor de familie acreditati, care pot prescrie medicamente atat in limita competentei proprii, cat si pe baza recomandarilor medicilor specialisti, prin scrisoare medicala.

Art.173 Decontarea medicamentelor prescrise in ambulatoriu se face pe baza preturilor de referinta, care in conditiile sistemului de asigurari sociale de sanatate, este pretul minim al formeii farmaceutice pentru fiecare concentratie din cadrul aceleiasi denumiri comune internationale.

Sectionea a 6 –a **SERVICIILE MEDICALE DE URGENTA PRESPITALICESTI.**

Art.174 Asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca se acorda in toate cazurile de imbolnaviri care necesita interventie medicala imediata.

Art.175 Asistenta medicala de urgenta se asigura in regim de continuitate atit la locul accidentului sau imbolnavirii, cit si in timpul transportului pana la unitatile sanitare.

Art.176 Asistenta medicala de urgenta si alte tipuri de transporturi medicale se acorda prin serviciile de ambulanta, in baza contractelor care se incheie intre serviciile de ambulanta si casele de asigurari de sanatate.

Art.177 Prezenta medicului din serviciul de ambulanta este obligatorie in orice situatie de urgenta majora.

Art.178 Medicul care acorda servicii medicale de urgenta prin serviciul de ambulanta, poate prescrie tratamentul necesar cu sau fara contributie personala, conform prevederilor legale, numai pentru o perioada de 72 de ore si poate elibera certificate constatatoare de deces, in conditiile prevazute de lege.

Art.179 Tipurile de transport si listele cuprinzand urgentele medico-chirurgicale decontate de casele de asigurari de sanatate, vor fi mentinute in Contractul-cadru.

Art.180 Pentru solicitarile abuzive (solicitari repetate si neconfirmate prin diagnostic ca urgenta medicala), serviciile de ambulanta fac raportari lunare la casele de asigurari de sanatate, acestea luand masurile ce se impun.

Sectionea a 7-a

SERVICIILE MEDICALE SPITALICESTI

Art.181 Asistenta medicala spitaliceasca se realizeaza in cadrul unitatilor cu paturi, autorizate, acreditate potrivit legii, in baza contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate, daca tratamentul ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficace sau daca spitalizarea se impune potrivit diagnosticului.

Art.182 Spitalele sunt obligate sa acorde asistenta medicala persoanelor asigurate, in baza recomandarii de internare a medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulator, precum si in cazuri de urgente medico-chirurgicale, fara a fi necesar alt aviz. Medicul de serviciu decide oportunitatea internarii. La 24-72 de ore de la internare in functie de ziua internarii, seful de sectie va decide necesitatea continuarii spitalizarii sau externarea bolnavului.

Art.183 In cazul internarilor in spital, asiguratii suporta costul urmatoarelor servicii:

- a) serviciile medicale, hoteliere, materialele si medicamentele folosite in perioada internarii, in cazul internarilor la cererea asiguratului sau daca pacientul nu poate face dovada achitarii contributiei asigurarilor sociale de sanatate, conform tarifulor stabilite de fiecare unitate;
- b) diferenta de tarif in cazul solicitarii de servicii hoteliere de confort sporit;
- c) serviciile hoteliere in cazul insotitorilor asiguratilor internati, daca insotitorii solicita astfel de servicii, exceptand mamele care alapteaza si insotitorii persoanelor cu handicap de gradul I.

Art.184 Persoanele care au obligatia sa se asigure si nu pot dovedi calitatea de asigurat beneficiaza numai de asistenta medicala de urgenta, urmand ca spitalele sa anunte casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contract de furnizare de servicii medicale.

Art.185 Serviciile medicale de spital sunt de profil medical, chirurgical si alte servicii speciale.

Art.186 Serviciile medicale de spital se acorda prin spitalizare integrala (continua sau saptaminala) si partiala (de o zi sau de zi), in spitale generale sau

de specialitate, care pot avea in structura lor sectii distincte pentru afectiuni acute sau cronice si cuprind:

- a) consultatii;
- b) investigatii;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratament medical ,chirurgical si/sau fizico-recuperator;
- e) medicamente si materiale sanitare;
- f) ingrijire, cazare si masa.

Art.187 Lista cuprinzand serviciile medicale de inalta performanta, care se acopera integral din fondurile de asigurari sociale de sanatate, va fi stabilita prin Contractul-cadru.

Art.188 Bugetul global al spitalului se va majora cu suma aferenta cheltuielilor pentru sectiile speciale, destinate ingrijirii asiguratilor cu afectiuni, incluse in programele de sanatate elaborate de Ministerul Sanatatii si Familiei, conform prevederilor Contractului-cadru.

Art.189 Medicii care isi desfasoara activitatea in spital au obligatia ca la externarea asiguratului sa transmita medicului care a indicat spitalizarea si/sau medicului de familie,diagnosticul,investigatiile care s-au efectuat in timpul spitalizarii si recomandari de tratament si supraveghere terapeutica pentru perioada post spitalizare prin scrisoare medicala.

Sectionea a 8-a

SERVICII MEDICALE DE REABILITARE A SANATATII

Art.190 Serviciile medicale de reabilitare a sanatatii cuprind: recuperarea, medicina fizica, balneoclimatologia. Aceste servicii se acorda in unitati medicale de specialitate, respectiv in sectii sau in spitale de recuperare, sanatorii, preventorii, unitati ambulatorii si cabinete medicale de specialitate autorizate si acreditate in conditiile sistemului de asigurari sociale de sanatate numai in baza biletului de trimitere eliberat de medicii de specialitate.

Art.191 (1) Serviciile medicale de reabilitare in sectiile sau spitalele speciale de recuperare-reabilitare se acorda dupa aceeasi metodologie ca pentru serviciile medicale de spital.

(2) Serviciile medicale de reabilitare in unitatile sanitare de tip ambulator, cu exceptia unitarilor sanitare ambulatorii speciale din statiunile balneo-climaterice, se acorda dupa aceeasi metodologie ca pentru serviciile medicale din ambulator.

Art.192 Casele de asigurari de sanatate negociaza cu reprezentantul legal al unitatilor sanitare speciale de recuperare-reabilitare din statiunile balneoclimaterice, organizate potrivit legii, numarul si tipul de servicii medicale, in functie de tarifele aferente procedurilor de medicina fizica prevazute in Contractul-cadru, cu incadrarea in fondul alocat cu aceasta destinatie.

Sectiunea a 9 –a **SERVICII MEDICALE SI INGRIJIRI LA DOMICILIU**

Art.193 Asigurarea asistentei medicale, a ingrijirii bolnavului la domiciliu si a ajutorului in menaj se contracteaza de casele de asigurari de sanatate cu unitati specializate, organizatii caritabile si de intrajutorare sau cu persoane fizice.

Art.194 Serviciile de care beneficiaza asiguratii la domiciliu sunt:

- a) asistenta medicala, care se asigura, daca este necesara si indicata de medic, de catre medicul de familie sau de medicul de specialitate, dupa caz, precum si de un alt personal sanitar acreditat, numai la recomandare si sub control medical;
- b) ingrijiri la domiciliu si ajutor in menaj se acorda prin intermediul personalului acreditat sa desfasoare aceasta activitate.

Art.195 Serviciile la domiciliul asiguratului sunt acordate numai de personal acreditat si de organizatii nonguvernamentale sau alte unitati care au ca obiect de activitate acordarea de ingrijiri medicale la domiciliu, autorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei si acreditate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Art.196 Criteriile de acreditare a personalului, precum si a unitatilor care efectueaza aceste servicii, lista cuprinzand serviciile decontate de casele de asigurari de sanatate si modalitatea de contractare se elaboreaza de Ministerul Sanatatii si Familiei si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si sunt cuprinse in Contractul-cadru.

Sectiunea a 10 –a **ASISTENTA MEDICALA STOMATOLOGICA**

Art.197 Serviciile medicale stomatologice se acorda de medicii stomatologi si de dentistii acreditati in unitatile medicale de stomatologie autorizate si acreditate potrivit legii.

Art.198 Serviciile medicale stomatologice cuprind servicii preventive, corective, curative, lucrari protetice si urgente.

Art.199 Urgentele stomatologice in afara programului de lucru se asigura de medicii stomatologi printr-un sistem organizat de Ministerul Sanatatii si Familiei si Colegiul Medicilor din Romania cu avizul caselor de asigurari de sanatate.

Directiile de sanatate publica sunt obligate sa asigure spatiul si dotarea necesare asigurarii serviciilor stomatologice de urgenta.

Art.200 Serviciile medicale stomatologice preventive se suporta de catre casele de asigurari de sanatate astfel:

- a) pentru copiii in varsta de 0-18 ani nelimitat;
- b) pentru tinerii de la 18 la 26 ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca, de doua ori pe an;
- c) pentru adulti o data pe an.

Art.201 Medicul titular al cabinetului are urmatoarele obligatii:

- a) sa raporteze lunar activitatea realizata;
- b) sa depuna la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate documentele justificative privind activitatea desfasurata, raspunzand pentru corectitudinea datelor raportate;
- c) sa accepte controlul activitatii din partea unei comisii formata din reprezentanti ai colegiului medicilor si casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract de prestari de servicii medicale.

Sectiunea a11-a **DISPOZITIVE MEDICALE**

Art.202 Asiguratii au dreptul la dispozitive medicale constand in: materiale sanitare, proteze, orteze, dispozitive de mers si autoservire destinate corectarii si recuperarii unor deficiente fizice.

Art. 203 Asiguratii au dreptul la procurarea dispozitivelor medicale cu sau fara contributie personala, pe baza prescriptiei eliberate de medici de specialitate acreditati, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate sau medici de specialitate acreditati din unitatile sanitare autorizate si acreditate.

Art.204 Materialele sanitare, protezele, ortezele, dispozitivele de mers si autoservire pot fi furnizate numai de catre persoanele fizice sau juridice acreditate. Modul de furnizare si conditiile de plata se stabilesc prin contracte directe incheiat intre casele de asigurari de sanatate si respectivii furnizori.

Art.205 Acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale se face de catre casele de asigurari de sanatate in a caror raza teritoriala isi au sediul social pe baza de cerere numai cu avizul Ministerul Sanatatii si Familiei si al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Lista cuprinzand furnizorii acreditati se stabileste de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Ministerul Sanatatii si Familiei si Colegiul Medicilor din Romania, prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Art.206 La sesizarile caselor de asigurari de sanatate si ale asiguratilor, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate poate exclude un furnizor din lista cuprinzand furnizorii acreditati si poate impune casei de asigurari de sanatate care a eliberat certificatul de acreditare, anulara acestuia in urmatoarele cazuri:

- a) furnizorul livreaza dispozitive medicale neautorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei;
- b) furnizorul elibereaza dispozitive medicale expirate sau care prezinta abateri de la performantele functionale si de securitate generatoare de incidente;
- c) declaratii false ale furnizorului.

Art.207 Casa Nationala de Asigurari de Sanatate care a eliberat certificatul de acreditare, poate anula acreditarea si poate impune reluarea procedurii de acreditare in urmatoarele situatii:

- a) schimbarea numelui furnizorului;
- b) schimbarea reprezentantului legal al furnizorului;
- c) schimbarea adresei sediului social;
- d) infiintarii sau desfiintarii de sedii secundare

Art.208 Furnizorii de dispozitive medicale au urmatoarele obligatii:

- a) sa livreze numai dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei;
- b) sa nu livreze dispozitive medicale expirate sau care prezinta abateri de la performantele functionale;
- c) sa confectioneze dispozitivul medical la parametrii tehnico-materiali si calitativi corespunzatori deficientei pentru care a fost recomandat;
- d) sa livreze numai dispozitive medicale cu elemente de identificare (numarul lotului sau dupa caz seria si data fabricatiei);
- e) sa livreze la termen dispozitivul medical comandat;
- f) sa execute orice modificare sau sa inlocuiasca dispozitivul medical in cazul in care nu au fost respectate specificatiile din prescriptia medicala;
- g) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea si buna functionare a dispozitivului medical;

- h) sa livreze dispozitivele medicale insotite de certificat de garantie si instructiuni de folosire si intretinere;
- i) sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat atit in perioada de garantie, cit si dupa expirarea acesteia.

Art.209 Certificatul de garantie predat de furnizor asiguratului trebuie sa precizeze elementele de identificare a dispozitivului medical (numarul lotului sau, dupa caz, seria si data fabricatiei) si termenul de garantie.

Art.210 In cadrul termenului de garantie, asiguratii pot reclama executarea necorespunzatoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, daca aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. In acest caz, repararea sau inlocuirea cu altul corespunzator se va asigura si se va suporta de furnizor.

Art.211 Beneficiarii dispozitivelor medicale au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte instructiunile de folosire si intretinere ale dispozitivelor medicale;
- b) sa nu modifice caracteristicile functionale ale dispozitivelor medicale;
- c) sa pastreze elementele de identificare a dispozitivelor medicale;
- d) sa ridice dispozitivul medical solicitat la data stabilita de furnizor;
- e) sa anunte furnizorii cu cel putin 7 zile inainte, daca din motive bine intemeiate nu se poate prezenta la data stabilita pentru ridicarea dispozitivului medical;
- f) sa nu instraineze dispozitivele medicale de care beneficiaza conform prezentei legi;
- g) in cazul protezarilor O.R.L. si protezarilor membrelor, asiguratul se va prezenta la medicul de specialitate care a eliberat prescriptia medicala pentru proteza, in vederea validarii dispozitivului.

Capitolul VIII

DISPOZITII FINALE

Art.212 Modalitatile de contractare si de decontare a serviciilor, listele serviciilor, listele medicamentelor, materialelor si dispozitivelor, drepturile si obligatiile partilor contractante si alte prevederi necesare incheierii contractelor de furnizare de servicii, vor fi prevazute in Contractul-cadru.

Art.213 Contractul-cadru va fi elaborat in termen de trei luni de la intrarea in vigoare a prezentei legi, de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si de Colegiul Medicilor din Romania cu avizul Ministerul Sanatatii si Familiei.

Acesta va fi publicat în M.O. al României, partea I, sub forma de Hotărâre de guvern numai după negocierea prevederilor sale cu asociațiile naționale profesionale ale medicilor, Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmacistilor din România.

Art.214 Contractul-cadru poate fi modificat cel mult o dată pe an, dacă se constată neconcordanțe între calitatea serviciilor, între costurile-eficiența și cerințele asistentei medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

În acest caz Contractul-cadru va fi definitivat, negociat și transmis spre publicare în M.O. al României până la data de 30 octombrie a anului de dinaintea aplicării sale.

Dacă până la data de 30 octombrie, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România nu definitivează Contractul-cadru, în anul următor va rămâne în vigoare cel existent.

Art.215 La data intrării în vigoare a prezentei legi, se abroga Legea nr. 145/1997 și Ordonanțele de Urgență ale Guvernului nr. 30/1999 și 180/2000. Prezenta lege va intra în vigoare în termen de 30 zile de la publicarea în Monitorul Oficial al României.

Această propunere legislativă a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din, cu respectarea prevederilor articolului 74, alin.(1) din Constituția României.

**Președintele
Camerei Deputaților**

Valer Dorneanu