

LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006

privind reforma în domeniul sănătății

EMITENT:

Parlamentul

PUBLICAT ÎN:

Monitorul Oficial nr. 652 din 28 august 2015

Data Intrării în vigoare: 01 Ianuarie 2024

Forma consolidată valabilă la data de 12 Februarie 2024

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 01 Ianuarie 2024 până la [data selectată](#)

TITLUL VII

Spitalele

[CAP. I](#)

Dispoziții generale

[ART. 163](#)

(1) Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, ce furnizează servicii medicale.

(2) Spitalul poate fi public, public cu secții sau compartimente private sau privat. Spitalele de urgență se înființează și funcționează numai ca spitale publice.

(3) Spitalele publice, prin secțiile, respectiv compartimentele private, și spitalele private pot furniza servicii medicale decontate din asigurările sociale de sănătate, în condițiile stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din alte tipuri de asigurări de sănătate, precum și servicii medicale cu plată, în condițiile legii.

(4) Serviciile medicale acordate de spital pot fi preventive, curative, de recuperare și/sau paleative.

(5) Spitalele participă la asigurarea stării de sănătate a populației.

[ART. 164](#)

(1) Activitățile organizatorice și funcționale cu caracter medico-sanitar din spitale sunt reglementate și supuse controlului Ministerului Sănătății, iar în spitalele din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, controlul este efectuat de structurile specializate ale acestora.

(2) Spitalul poate furniza servicii medicale numai dacă funcționează în condițiile autorizației de funcționare, în caz contrar, activitatea spitalelor se suspendă, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății*).

*) A se vedea Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.232/2006

pentru aprobarea Normelor privind suspendarea activității spitalelor care nu respectă condițiile prevăzute de autorizația sanitară de funcționare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 865 din 23 octombrie 2006.

ART. 165

(1) În spital, în ambulatoriile de specialitate sau în alte unități, după caz, se pot desfășura și activități de învățământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar și postuniversitar, precum și activități de cercetare științifică medicală. Aceste activități se desfășoară sub îndrumarea personalului didactic integrat. Activitățile de învățământ și cercetare vor fi astfel organizate încât să consolideze calitatea actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, a eticii și deontologiei medicale.

(la 21-09-2020 Alineatul (1) din Articolul 165 , Capitolul I , Titlul VII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 205 din 18 septembrie 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 858 din 18 septembrie 2020)

(1¹) Personalul didactic medico-farmaceutic din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, stomatologie sau farmacie beneficiază de integrare clinică în unitățile și instituțiile din subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, în unitățile medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, în unitățile și instituțiile medicale din subordinea autorităților administrației publice locale, în spitalele și ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituțiilor de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, stomatologie sau farmacie, precum și în spitale și cabinete private. De aceleași prevederi beneficiază și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, pe perioada cât au această calitate. Ministerul Sănătății va aduce în concordanță structurile aferente în vederea asigurării normelor de integrare clinică.

(la 24-10-2023 Alineatul (1¹), Articolul 165, Capitolul I, Titlul VII a fost modificat de Punctul 11., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(1²) Începând cu drepturile salariale aferente lunii următoare intrării în vigoare a prezentei legi, cadrele didactice prevăzute la alin. (1¹) care desfășoară activitate integrată în baza unui contract individual de muncă cu 1/2 normă beneficiază și de o indemnizație lunară egală cu 50% din salariul de bază al funcției de medic, medic stomatolog sau farmacist, corespunzător vechimii în muncă și gradului profesional deținut.

(la 24-04-2022 Alineatul (1²) din Articolul 165 , Capitolul I , Titlul VII a fost modificat de Punctul 13¹, Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 109 din 20 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 391 din 21 aprilie 2022)

(1³) Indemnizația prevăzută la alin. (1²), pentru personalul încadrat în unități sanitare publice aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se asigură de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de

asigurări sociale de sănătate și nu se ia în calcul la determinarea limitei prevăzute la art. 25 din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare.

(la 24-04-2022 Alineatul (1[^]3) din Articolul 165 , Capitolul I , Titlul VII a fost modificat de Punctul 13[^]1, Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 109 din 20 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 391 din 21 aprilie 2022)

(1[^]4) Indemnizația prevăzută la alin. (1[^]2), pentru personalul încadrat în unități sanitare publice care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se asigură de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, și nu se ia în calcul la determinarea limitei prevăzute la art. 25 din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare.

(la 24-04-2022 Articolul 165 din Capitolul I , Titlul VII a fost completat de Punctul 13[^]2, Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 109 din 20 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 391 din 21 aprilie 2022)

(2) Colaborarea dintre spitale și instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical, se desfășoară pe bază de contract, încheiat conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului educației și cercetării**).

**) A se vedea Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului educației, cercetării și tineretului nr. 140 /1.515/2007

pentru aprobarea Metodologiei în baza căreia se realizează colaborarea dintre spitale și instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 645 din 21 septembrie 2007.

(3) Cercetarea științifică medicală se efectuează pe bază de contract de cercetare, încheiat între spital și finanțatorul cercetării.

(3[^]1) Medicii care sunt încadrați în structurile de cercetare, în cadrul programului de lucru de la funcția de cercetare, au dreptul să desfășoare activitate medicală și în structurile medicale corespunzător funcției, specialității și gradului profesional în care sunt confirmați, cu excepția rezidenților.

(la 12-08-2019 Articolul 165 din Capitolul I , Titlul VII a fost completat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA nr. 9 din 8 august 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 668 din 09 august 2019)

(4) Spitalele au obligația să desfășoare activitatea de educație medicală și cercetare (EMC) pentru medici, asistenți medicali și alt personal. Costurile acestor activități sunt suportate de personalul beneficiar. Spitalul clinic poate suporta astfel de costuri, în condițiile alocărilor bugetare.

ART. 166

(1) Spitalul asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății***).

***) A se vedea Ordinul ministrului sănătății publice nr. 261/2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 128 din 21 februarie 2007, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.

ART. 167

(1) Ministerul Sănătății reglementează și aplică măsuri de creștere a eficienței și calității serviciilor medicale și de asigurare a accesului echitabil al populației la serviciile medicale.

(2) Pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății, Ministerul Sănătății propune, o dată la 3 ani, Planul național de paturi, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

ART. 168

(1) Orice spital are obligația de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică. După stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul va asigura, după caz, transportul obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil.

(2) Spitalul va fi în permanență pregătit pentru asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezaastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora.

(3) Cheltuielile efectuate de unitățile spitalicești, în cazurile prevăzute la alin. (2), se rambursează de la bugetul de stat, prin bugetele ministerelor, ale instituțiilor în rețeaua cărora funcționează, precum și prin bugetul unității administrativ-teritoriale, bugetele universităților de medicină și farmacie, ale universităților care au în structură facultăți de medicină și farmacie acreditate, după caz, prin hotărâre a Guvernului, în termen de maximum 30 de zile de la data încetării cauzei care le-a generat.

CAP. II

Organizarea și funcționarea spitalelor

ART. 169

(1) Spitalele se organizează și funcționează, pe criteriul teritorial, în spitale regionale, spitale județene și spitale locale (municipale, orașenești sau comunale).

(2) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de specificul patologiei, în spitale generale, spitale de urgență, spitale de specialitate și spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.

(3) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de regimul proprietății, în:

- a) spitale publice, organizate ca instituții publice;
- b) spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat;
- c) spitale publice în care funcționează și secții private.

(4) Din punctul de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale, spitalele pot fi:

- a) spitale clinice publice cu secții/compartimente clinice;
- b) institute;
- c) spitale private cu secții/compartimente clinice.

(la 03-09-2021 Alineatul (4) din Articolul 169 , Capitolul II , Titlul VII a fost modificat de Punctul 17, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(4¹) Secțiile/Compartimentele clinice se înființează prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea instituției de învățământ medical superior.

(la 03-09-2021 Articolul 169 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

Conform alineatului (2) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, condițiile și metodologia privind înființarea/desființarea și reorganizarea secțiilor/compartimentelor clinice, prevăzute la art. 169 alin. (4¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului educației, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.

(4²) În subordinea instituțiilor de învățământ superior de stat acreditate care au în structură facultăți de medicină sau stomatologie se pot înființa spitale clinice publice care asigură asistență medicală și desfășoară activitate de învățământ medical, cercetare științifică medicală și de educație medicală continuă (EMC).

(la 24-10-2023 Articolul 169, Capitolul II, Titlul VII a fost completat de Punctul 12., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(5) În funcție de competențe, spitalele pot fi clasificate pe categorii. Criteriile în funcție de care se face clasificarea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății****).

****) A se vedea Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 274 din 19 aprilie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

(6) Structurile din cadrul spitalelor pot fi ierarhizate în funcție de dotarea materială, resursele umane și tipul serviciilor medicale asigurate. Metodologia, criteriile și nivelurile de ierarhizare ale structurilor din cadrul spitalelor se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(la 10-11-2022 Articolul 169 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022)

(7) Lista unităților sanitare care pot asigura managementul afecțiunilor complexe care necesită o abordare multidisciplinară se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(la 10-11-2022 Articolul 169 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022)

Conform alineatului (2) al articolului II din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Sănătății emite ordinele prevăzute la art. 169 alin. (6) și (7), precum și la art. 692⁶ alin. (3) și (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță de urgență.

ART. 170

(1) În înțelesul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

a) spitalul regional de urgență este definit potrivit dispozițiilor art. 92 alin. (1) lit. l);

(la 01-03-2018 Litera a) din Alineatul (1) , Articolul 170 , Capitolul II , Titlul VII a fost modificată de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

a¹) spitalul republican - spital clinic, în care, împreună cu instituții publice de învățământ superior, se desfășoară activități de asistență medicală, învățământ medical, cercetare științifică-medicală și de educație medicală continuă, cu cel mai înalt grad de competență și având în structură toate specialitățile medicale;

(la 01-03-2018 Alineatul (1) din Articolul 170 , Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

b) spitalul județean - spitalul general organizat în reședința de județ, cu o structură complexă de specialități medico-chirurgicale, cu unitate de primire urgențe, care asigură urgențele medico-chirurgicale și acordă asistență medicală de specialitate, inclusiv pentru cazurile grave din județ care nu pot fi rezolvate la nivelul spitalelor locale;

c) spitalul local - spitalul general care acordă asistență medicală de specialitate în teritoriul unde funcționează, respectiv municipiu, oraș, comună;

d) spitalul de urgență - spitalul care dispune de o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate

pentru teritorii extinse. În structura spitalului de urgență funcționează obligatoriu o structură de urgență (U.P.U., C.P.U.) care, în funcție de necesități, poate avea și un serviciu mobil de urgență - reanimare și transport medicalizat;

e) spitalul general - spitalul care are organizate în structură, de regulă, două dintre specialitățile de bază, respectiv medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală;

f) spitalul de specialitate - spitalul care asigură asistență medicală într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare;

g) spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice - spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei. Bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale vor fi preluați de unitățile de asistență medico-sociale, precum și de așezămintele de asistență socială prevăzute de lege, după evaluarea medicală;

h) spitalul clinic - spitalul care are în componență secții/compartimente clinice care asigură asistență medicală și desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifică medicală și de educație medicală continuă (EMC), având relații contractuale sau fiind înființat de o instituție de învățământ medical superior acreditată. Institutele, centrele medicale și spitalele de specialitate care au în componență o/un secție/compartiment clinic(ă) sunt spitale clinice. În spitalele clinice publice cu secții/compartimente clinice, baza clinică de învățământ medical se pune gratuit la dispoziția instituțiilor publice de învățământ medical superior acreditate. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă;

(la 24-10-2023 Litera h), Alineatul (1), Articolul 170, Capitolul II, Titlul VII a fost modificată de Punctul 13., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

i) secțiile/compartimentele clinice - secțiile/compartimentele de spital în care se desfășoară activități de asistență medicală, învățământ medical, cercetare științifică medicală și de educație medicală continuă (EMC). În aceste secții/compartimente este încadrat cel puțin un cadru didactic universitar, prin integrare clinică. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă.

(la 03-09-2021 Litera i) din Alineatul (1), Articolul 170, Capitolul II, Titlul VII a fost modificată de Punctul 19, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

j) institutele și centrele medicale clinice - unități de asistență medicală de specialitate în care se desfășoară și activitate de învățământ și cercetare științifică-medicală, de îndrumare și coordonare metodologică pe domeniile lor de activitate, precum și de educație medicală continuă; pentru asistența medicală de specialitate se pot organiza centre medicale în care nu se desfășoară activitate de învățământ medical și cercetare științifică;

k) unitățile de asistență medico-sociale - instituții publice specializate, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico-sociale;

l) sanatoriul - unitatea sanitară cu paturi care asigură asistență medicală utilizând factori curativi naturali asociați cu celelalte procedee, tehnici și mijloace terapeutice;

m) preventoriul - unitatea sanitară cu paturi care asigură prevenirea și combaterea tuberculozei la copii și tineri, precum și la bolnavii de tuberculoză stabilizați clinic și necontagioși;

n) centrele de sănătate - unități sanitare cu paturi care asigură asistență medicală de specialitate pentru populația din mai multe localități apropiate, în cel puțin două specialități.

(2) În sensul prezentului titlu, în categoria spitalelor se includ și următoarele unități sanitare cu paturi: institute și centre medicale, sanatorii, preventorii, centre de sănătate și unități de asistență medico-socială.

(3) Structura de specialități prevăzută la alin. (1) lit. a) se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(la 01-03-2018 Articolul 170 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 16, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 171

(1) Structura organizatorică a unui spital poate cuprinde, după caz: secții, laboratoare, servicii de diagnostic și tratament, compartimente, servicii sau birouri tehnice, economice și administrative, serviciu de asistență prespitalicească și transport urgențe, structuri de primiri urgențe și alte structuri aprobate prin ordin al ministrului sănătății*).

*) A se vedea Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 274 din 19 aprilie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Spitalele pot avea în componența lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate, servicii de spitalizare de zi, îngrijiri la domiciliu, servicii paraclinice ambulatorii. Furnizarea acestor servicii se negociază și se contractează în mod distinct cu casele de asigurări de sănătate sau cu terți în cadrul asistenței medicale spitalicești sau din fondurile alocate pentru serviciile respective.

(3) La nivelul spitalelor de urgență se poate amenaja și funcționa un heliport, a cărui activitate va fi în coordonarea structurii de primiri urgențe a spitalului. Modalitatea de funcționare și finanțare a acestuia se stabilește prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului afacerilor interne, cu consultarea Ministerului Apărării Naționale.

(la 01-03-2018 Articolul 171 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 17, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 172

(1) Spitalele publice din rețeaua proprie a Ministerului Sănătății se înființează și, respectiv, se desființează prin hotărâre a Guvernului, inițiată de Ministerul Sănătății.

(2) Spitalele din rețeaua sanitară proprie a ministerelor și instituțiilor publice, altele decât cele ale Ministerului Sănătății și ale autorităților administrației publice locale, se înființează și, respectiv, se desființează prin hotărâre a Guvernului, inițiată de ministerul sau instituția publică respectivă, cu avizul Ministerului Sănătății.

(3) Managementul asistenței medicale acordate în spitalele publice poate fi transferat către autoritățile administrației publice locale, universitățile de medicină și farmacie de stat acreditate, universitățile care au în structură facultăți de medicină și farmacie acreditate, prin hotărâre a Guvernului, inițiată de Ministerul Sănătății, la propunerea autorităților administrației publice locale, a universităților de medicină și farmacie de stat acreditate, a universităților care au în structură facultăți de medicină și farmacie acreditate, după caz.

(4) Imobilele în care își desfășoară activitatea spitalele publice prevăzute la alin. (3) pot fi date în administrarea autorităților administrației publice locale, universităților de medicină și farmacie de stat acreditate, universităților care au în structură facultăți de medicină și farmacie acreditate, în condițiile legii.

(5) Spitalele din rețeaua autorităților administrației publice locale se înființează și, respectiv, se desființează prin hotărâre a Guvernului, inițiată de instituția prefectului sau consiliul județean, în condițiile legii, cu avizul Ministerului Sănătății.

(5[^]1) Anterior promovării proiectului de hotărâre a Guvernului prevăzut la alin. (5), Ministerul Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, emite un acord prealabil referitor la intenția de înființare sau desființare a spitalelor din rețeaua autorităților administrației publice locale.

(la 03-09-2021 Articolul 172 din Capitolul II , Titlul VII a fost completat de Punctul 20, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(6) Structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirilor pentru spitalele publice din rețeaua proprie a Ministerului Sănătății se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea managerului spitalului, prin serviciile deconcentrate ale Ministerului Sănătății, după caz, în funcție de subordonare, sau la inițiativa Ministerului Sănătății și/sau a serviciilor deconcentrate ale acestuia.

(7) Structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirilor pentru spitalele publice din rețeaua proprie a altor ministere și instituții publice cu rețea sanitară proprie se aprobă prin ordin al ministrului, respectiv prin act administrativ al conducătorului instituției, la propunerea managerului spitalului, cu avizul Ministerului Sănătății.

(la 24-10-2023 Alineatul (7), Articolul 172, Capitolul II, Titlul VII a fost modificat de Punctul 14., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(8) Spitalele private se înființează sau se desființează cu avizul Ministerului Sănătății, în condițiile legii. Structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirilor pentru spitalele private se fac cu avizul Ministerului Sănătății, în condițiile legii.

Articolul XX din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 44 din 14 aprilie 2022
, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 373 din 14 aprilie 2022 prevede:
Articolul XX

(1) Prin derogare de la prevederile art. 172 alin. (6) și (7) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, structura organizatorică, reorganizarea și restructurarea unităților sanitare din rețeaua Ministerului Sănătății, a celor din subordinea autorităților administrației publice locale și din rețeaua proprie a altor ministere și instituții publice cu rețea sanitară proprie se aprobă prin act administrativ al directorilor executivi ai direcțiilor de sănătate publică județene/a municipiului București, în funcție de necesități, în vederea asigurării condițiilor de izolare și a circuitelor funcționale care au drept scop prevenirea și controlul infecției cu virusul SARS-CoV-2. Reorganizarea și restructurarea unităților sanitare din subordinea autorităților administrației publice locale și din rețeaua proprie a altor ministere și instituții publice cu rețea sanitară proprie se vor face la solicitarea acestora.

(2) Prin derogare de la prevederile art. 172 alin. (8) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, structura organizatorică, reorganizarea și restructurarea spitalelor private care asigură asistența medicală pacienților infectați cu virusul SARS-CoV-2, în vederea asigurării condițiilor de izolare și a circuitelor funcționale care au drept scop prevenirea și controlul infecției cu virusul SARS-CoV-2 se aprobă prin act administrativ al directorilor executivi ai direcțiilor de sănătate publică județene/a municipiului București, la solicitarea acestora.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică până la data de 31 decembrie 2022.

Articolul XLII, Capitolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 168 din 8 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1186 din 9 decembrie 2022 prevede:

Articolul XLII

(1) Prin derogare de la prevederile art. 172 alin. (6) și (7) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, structura organizatorică, reorganizarea și restructurarea unităților sanitare din rețeaua Ministerului Sănătății, a celor din subordinea autorităților administrației publice locale și din rețeaua proprie a altor ministere și instituții publice cu rețea sanitară proprie se aprobă prin act administrativ al directorilor executivi ai direcțiilor de sănătate publică județene/a municipiului București, în funcție de necesități, în vederea asigurării condițiilor de izolare și a circuitelor funcționale care au drept scop prevenirea și controlul infecției cu virusul SARS-CoV-2. Reorganizarea și restructurarea unităților sanitare din subordinea Ministerului Sănătății, a autorităților administrației publice locale și din rețeaua proprie a altor ministere și instituții publice cu rețea sanitară proprie se vor face la solicitarea acestora.

(2) Prin derogare de la prevederile art. 172 alin. (8) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, structura organizatorică, reorganizarea și restructurarea spitalelor private care asigură asistența medicală pacienților infectați cu virusul SARS-CoV-2, în vederea asigurării condițiilor de izolare și a circuitelor funcționale care au drept scop prevenirea și controlul infecției cu virusul SARS-CoV-2, se aprobă prin act administrativ al directorilor executivi ai direcțiilor de sănătate publică județene/a municipiului București, la solicitarea acestora.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică până la data de 30 iunie 2023.

(4) Valabilitatea autorizațiilor sanitare de funcționare, precum și planurile de conformare ale spitalelor se prelungesc până la data de 31 decembrie 2023.

(9) Secția privată se poate organiza în structura oricărui spital public. Condițiile de înființare, organizare și funcționare se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

(10) Se asimilează spitalelor private și unitățile sanitare private înființate în cadrul unor regii autonome, asociații și fundații sau al unor societăți reglementate de Legea nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care acordă servicii medicale spitalicești.

(la 29-05-2018 Alineatul (10) din Articolul 172 , Capitolul II , Titlul VII a fost modificat de Punctul 1, Articolul 4 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 42 din 24 mai 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 446 din 29 mai 2018)

Conform alineatului (3) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021 , publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, condițiile și metodologia privind avizarea înființării spitalelor private, avizarea structurii organizatorice, precum și avizarea modificării acesteia, prevăzute la art. 172 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.

ART. 172¹

(1) Regiile autonome pot înființa unități sanitare private cu sau fără personalitate juridică, în scopul furnizării de servicii medicale.

(la 31-12-2018 Alineatul (1) din Articolul 172¹ , Capitolul II , Titlul VII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 339 din 21 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1107 din 28 decembrie 2018)

(2) Unitățile sanitare private prevăzute la alin. (1) se înființează prin hotărâri ale consiliilor de administrație ale regiilor autonome, cu avizul favorabil al Ministerului Sănătății.

(3) Structura organizatorică a unităților sanitare private prevăzute la alin. (1) se aprobă de consiliile de administrație ale regiilor autonome, cu avizul Ministerului Sănătății.

(la 29-05-2018 Capitolul II din Titlul VII a fost completat de Punctul 2, Articolul 4 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 42 din 24 mai 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 446 din 29 mai 2018)

ART. 172²

(1) Spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187-204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 172[^]2 , Capitolul II , Titlul VII a fost modificat de Punctul 6, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Consorțiile medicale prevăzute la alin. (1) se înființează în baza unui contract de parteneriat încheiat între părți.

(3) Condițiile de asociere, precum și organizarea și funcționarea consorțiilor medicale se stabilesc prin hotărâre a Guvernului.

(la 03-09-2021 Capitolul II din Titlul VII a fost completat de Punctul 21, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

Conform alineatului (6) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, hotărârea Guvernului pentru punerea în aplicare a prevederilor art. I pct. 21 va fi elaborată și publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

ART. 173

(1) Autorizația sanitară de funcționare se emite în condițiile stabilite prin normele aprobate prin ordin al ministrului sănătății și dă dreptul spitalului să funcționeze. După obținerea autorizației sanitare de funcționare, spitalul intră, la cerere, în procedura de acreditare. Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de 5 ani. Neobținerea acreditării în termen de 5 ani de la emiterea autorizației de funcționare conduce la imposibilitatea încheierii contractului de furnizare servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (2) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(3) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (3) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(4) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (4) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(5) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (5) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(6) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (6) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(7) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (7) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(8) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (8) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(9) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (9) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

(10) Abrogat.

(la 29-07-2017 Alineatul (10) din Articolul 173 , Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

ART. 174

Abrogat.

(la 29-07-2017 Articolul 174 din Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

ART. 175

Abrogat.

(la 29-07-2017 Articolul 175 din Capitolul II , Titlul VII a fost abrogat de Articolul 21, Capitolul IV din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 599 din 26 iulie 2017)

CAP. III

Conducerea spitalelor

ART. 176

(1) Spitalul public este condus de un manager, persoană fizică sau juridică.

(2) În vederea ocupării prin concurs a funcției de manager persoană fizică sau reprezentant desemnat de managerul persoană juridică, candidatul trebuie să fie absolvent cu diplomă al studiilor universitare de licență sau de master în: medicină, specializarea medicină, medicină dentară, specializarea medicină dentară, științe juridice sau științe economice și să aibă cel puțin 5 ani vechime în specialitatea studiilor.

(la 03-09-2022 Alineatul (2) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 20, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2¹) Abrogat.

(la 03-09-2022 Alineatul (2¹) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost abrogat de Punctul 21, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(3) Abrogat.

(la 22-11-2016 Alineatul (3) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost abrogat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(4) Managerul, persoană fizică sau juridică, încheie contract de management cu Ministerul Sănătății, ministerele sau instituțiile cu rețea sanitară proprie sau cu universitatea de medicină și farmacie, reprezentate de ministrul sănătății, conducătorul ministerului sau instituției, de rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, pe o perioadă de maximum 4 ani. Contractul de management poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. Evaluarea este efectuată pe baza criteriilor de performanță generale prevăzute prin ordin al ministrului sănătății, precum și pe baza criteriilor specifice și a ponderilor prevăzute și aprobate prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz. La încetarea mandatului, contractul de management poate fi prelungit pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, respectiv licitație publică, după caz. Ministrul sănătății, ministrul de resort sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean ori rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, numesc prin act administrativ un manager interimar până la ocuparea prin concurs a postului de manager, respectiv organizarea licitației publice, după caz.

(la 01-03-2018 Alineatul (4) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

*) A se vedea ORDINUL nr. 112 din 22 ianuarie 2007 privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate fi prelungit sau poate înceta înainte de termen, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 101 din 9 februarie 2007.

(5) Atribuțiile managerului interimar se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(6) În cazul în care contractul de management nu se semnează în termen de 10 zile lucrătoare de la data validării concursului din motive imputabile candidatului declarat câștigător, Ministerul Sănătății, ministerele sau instituțiile cu rețea sanitară proprie sau universitatea de medicină și farmacie, reprezentate de ministrul sănătății, conducătorul ministerului sau instituției, de rectorul universității de medicină și farmacie, dacă este cazul, va semna contractul de management cu candidatul clasat pe locul al doilea, dacă acesta a promovat concursul. În cazul în care contractul de management nu se semnează nici cu candidatul clasat pe locul al doilea din motive imputabile acestuia în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii propunerii de către candidat, se declară postul vacant și se procedează la scoaterea acestuia la concurs, în condițiile legii.

(la 22-11-2016 Alineatul (6) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(7) Modelul-cadru al contractului de management, care include cel puțin indicatorii de performanță a activității, programul de lucru și condițiile de desfășurare a activității de management, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, cu consultarea ministerelor, a instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanță ai activității spitalului se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății. Contractul de management va avea la bază un buget global negociat, a cărui execuție va fi evaluată anual.

(la 22-11-2016 Alineatul (7) din Articolul 176 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(8) Contractul individual de muncă al persoanelor care ocupă funcția de manager se suspendă de drept pe perioada exercitării mandatului.

(9) Pe perioada executării contractului de management, managerul persoană fizică beneficiază de un salariu de bază și de alte drepturi salariale stabilite potrivit prevederilor legale în vigoare, precum și de asigurări sociale de sănătate, pensii și alte drepturi de asigurări sociale de stat, în condițiile plății contribuțiilor prevăzute de lege.

(10) Contractul de management și, respectiv, contractul de administrare conferă titularului vechime în muncă și specialitate.

(la 01-03-2018 Articolul 176 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 19, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 177

(1) Consiliul de administrație organizează concurs sau licitație publică, după caz, pentru selecționarea managerului, respectiv a unei persoane juridice care să asigure managementul unității sanitare, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau, după caz, prin ordin al ministrului din ministerele cu rețea sanitară proprie și, respectiv, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz.

(2) Managerul este numit prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului transporturilor sau, după caz, prin act administrativ al conducătorului instituției, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz.

(3) Pentru spitalele din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, funcția de comandant/director general sau, după caz, de manager se ocupă de o persoană numită de conducătorul ministerului sau al instituției care are în structură spitalul, conform reglementărilor proprii adaptate la specificul prevederilor prezentului titlu.

(4) Selecția managerului persoană juridică se efectuează prin licitație publică, conform dispozițiilor legii achizițiilor publice.

(5) Până la ocuparea prin concurs a funcțiilor de conducere care fac parte din comitetul director, conducerea interimară a spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății se numește prin ordin al ministrului sănătății, iar pentru ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv pentru autoritățile administrației publice locale prin act administrativ al ministrului de resort, al conducătorului instituției respective sau prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz.

(6) Managerul interimar și ceilalți membri ai comitetului director interimar se numesc în condițiile prevăzute la alin. (5), până la revocarea unilaterală din funcție, dar nu mai mult de 6 luni.

(7) Pot fi numite în funcția de manager interimar persoanele care îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 176 alin. (2).

(la 03-09-2022 Alineatul (7) din Articolul 177 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 22, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

ART. 178

(1) Funcția de manager persoană fizică este incompatibilă cu:

a) exercitarea oricăror alte funcții salarizate, nesalarizate sau/și indemnizate, cu excepția funcțiilor sau activităților în domeniul medical în aceeași unitate sanitară, a activităților didactice, de cercetare științifică, de creație literar-artistică și a funcțiilor sau activităților din cadrul comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății, cu respectarea prevederilor lit. b) și alin. (6);

(la 24-10-2023 Litera a), Alineatul (1), Articolul 178, Capitolul III, Titlul VII a fost modificată de Punctul 15., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

b) desfășurarea de activități didactice sau de cercetare științifică finanțate de către furnizori de bunuri și servicii ai spitalului respectiv;

c) exercitarea oricărei activități sau oricărei altei funcții de manager, inclusiv cele neremunerate;

Decizie de admitere: RIL nr. 14/2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 724 din 7 august 2023:

În interpretarea și aplicarea unitară a dispozițiilor art. 178 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv ale art. 180 alin. (1) lit. b) din același act normativ, forma în vigoare până la data de 31 august 2015 - data republicării legii, funcția de manager de spital public persoană fizică/șef de secție din spital public este incompatibilă cu cea de administrator al unei societăți dintre cele prevăzute de Legea societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

d) exercitarea unei activități sau a unei funcții de membru în structurile de conducere ale unei alte unități spitalicești;

e) exercitarea oricărei funcții în cadrul organizațiilor sindicale sau patronale de profil;

f) exercitarea funcției de membru în organele de conducere, administrare și control ale unui partid politic, atât la nivel național, cât și la nivel local;

(la 21-09-2020 Litera f) din Alineatul (1), Articolul 178, Capitolul III, Titlul VII a fost modificată de Punctul 3, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 205 din 18 septembrie 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 858 din 18 septembrie 2020)

g) exercitarea funcției de membru în organele de conducere, administrare și control în societățile reglementate de Legea nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Constituie conflict de interese:

a) deținerea de către manager persoană fizică, manager persoană juridică ori reprezentant al persoanei juridice de părți sociale, acțiuni sau interese la societăți reglementate de Legea nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ori organizații nonguvernamentale care stabilesc relații cu caracter patrimonial cu spitalul la care persoana în cauză exercită funcția de manager. Dispoziția de mai sus se aplică și în cazurile în care astfel de părți sociale, acțiuni sau interese sunt deținute de către soțul/soția, rudele ori afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză;

b) deținerea de către soțul/soția, rudele managerului ori afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai acestuia a funcției de membru în comitetul director, șef de secție, laborator sau serviciu medical sau a unei alte funcții de conducere, inclusiv de natură administrativă, în cadrul spitalului la care persoana în cauză exercită funcția de manager;

c) alte situații decât cele prevăzute la lit. a) și b) în care managerul sau soțul/soția, rudele ori afinii managerului până la gradul al IV-lea inclusiv au un interes de natură patrimonială care ar putea influența îndeplinirea cu obiectivitate a funcției de manager.

(3) Incompatibilitățile și conflictul de interese sunt aplicabile atât persoanei fizice, cât și reprezentantului desemnat al persoanei juridice care exercită funcția de manager de spital.

(4) În cazul în care la numirea în funcție managerul se află în stare de incompatibilitate sau de conflict de interese, acesta este obligat să înlăture motivele de incompatibilitate ori de conflict de interese în termen de 30 de zile de la numirea în funcție. În caz contrar, contractul de management este reziliat de plin drept.

(5) Managerul răspunde, în condițiile legii, pentru toate prejudiciile cauzate spitalului ca urmare a încălcării obligațiilor referitoare la incompatibilități și conflict de interese.

(6) Persoanele care îndeplinesc funcția de manager pot desfășura activitate medicală în instituția respectivă, cu respectarea programului de lucru prevăzut în contractul de management, fără a afecta buna funcționare a instituției respective.

(la 22-11-2016 Articolul 178 din Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

ART. 179

Atribuțiile managerului sunt stabilite prin contractul de management.

ART. 180

(1) În domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice managerul are, în principal, următoarele atribuții:

a) stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare;

b) aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;

Decizie de admitere: RIL nr. 14/2023
, publicată în Monitorul Oficial nr. 724 din 7 august 2023:

În interpretarea și aplicarea unitară a dispozițiilor art. 178 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv ale art. 180 alin. (1) lit. b)

din același act normativ, forma în vigoare până la data de 31 august 2015 - data republicării legii, funcția de manager de spital public persoană fizică/șef de secție din spital public este incompatibilă cu cea de administrator al unei societăți dintre cele prevăzute de Legea societăților nr. 31/1990 , republicată, cu modificările și completările ulterioare.

c) aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal;

d) propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie sau, după caz, de către autoritățile administrației publice locale, în condițiile prevăzute la art. 172;

e) numește și revocă, în condițiile legii, membrii comitetului director.

(2) Managerul negociază și încheie contractele de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, precum și cu direcția de sănătate publică sau, după caz, cu instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății, pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică și pentru asigurarea cheltuielilor prevăzute la art. 193.

(3) Concursul pentru ocuparea posturilor vacante se organizează la nivelul spitalului, iar repartizarea personalului pe locuri de muncă este de competența managerului.

ART. 181

(1) În cadrul spitalelor publice se organizează și funcționează un comitet director, format din managerul spitalului, directorul medical, directorul financiar-contabil, iar pentru spitalele cu peste 400 de paturi un director de îngrijiri.

Reproducem mai jos prevederile alin. (1)
și (2) ale art. V din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022
, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022:

(1) Persoanele care ocupă, după data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1¹), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și persoanele care ocupă funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1), sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe, să facă dovada absolvirii unor cursuri de perfecționare în management sanitar sau management al serviciilor de sănătate, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Prevederile alin. (1) nu se aplică persoanelor care ocupă funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1¹), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și persoanelor care ocupă funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) și care sunt medici specialiști sau primari în specialitatea sănătate publică și management sau care au absolvit un masterat sau doctorat în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate, organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată.

Articolul IV din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 129 din 29 septembrie 2022
, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 954 din 30 septembrie 2022 prevede:

Articolul IV

(1) Persoanele care, la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, ocupă funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2)

, art. 118 alin. (1¹)

, art. 181 alin. (1)

, cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență și ulterior la fiecare 2 ani, să facă dovada absolvirii unuia dintre cursurile de perfecționare de scurtă durată în management sanitar, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Persoanele care ocupă, după data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2)

, art. 118 alin. (1¹)

, art. 181 alin. (1)

, cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare, sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la data ocupării funcției și ulterior la fiecare 2 ani, să facă dovada absolvirii unuia dintre cursurile de perfecționare de scurtă durată în management sanitar, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Ocuparea funcțiilor specifice comitetului director se face prin concurs organizat de managerul spitalului.

(3) Atribuțiile comitetului director interimar sunt stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(4) În spitalele publice, în vederea ocupării prin concurs a funcției de director medical, candidatul trebuie să fie medic specialist sau medic primar și să aibă o vechime de minimum 5 ani în specialitate.

(la 03-09-2022 Alineatul (4) din Articolul 181 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(4¹) Abrogat.

(la 03-09-2022 Alineatul (4¹) din Articolul 181 , Capitolul III , Titlul VII a fost abrogat de Punctul 24, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(4²) Pot fi numite în funcția de director medical interimar persoanele care îndeplinesc condițiile prevăzute la alin. (4).

(la 03-09-2022 Articolul 181 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 25, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(5) Membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs, potrivit alin. (2), încheie cu managerul spitalului public un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați. Contractul de administrare poate fi prelungit la încetarea mandatului pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acesta.

(la 18-07-2022 Alineatul (5) din Articolul 181 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA nr. 14 din 13 iulie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 711 din 15 iulie 2022)

(6) Contractul individual de muncă sau al persoanelor angajate în unitățile sanitare publice care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director se suspendă de drept pe perioada exercitării mandatului.

(7) Pe perioada executării contractului de administrare, membrii comitetului director beneficiază de un salariu de bază și de alte drepturi salariale stabilite potrivit prevederilor legale în vigoare, asupra cărora se datorează contribuția de asigurări sociale de stat, precum și contribuția de asigurări sociale de sănătate, în cotele prevăzute de lege. Perioada respectivă constituie stagiul de cotizare și se ia în considerare la stabilirea și calculul drepturilor prevăzute de legislația în vigoare privind sistemul de pensii.

(8) Modelul contractului de administrare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății pentru unitățile sanitare din rețeaua Ministerului Sănătății și din rețeaua autorităților administrației publice locale, cu consultarea structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale, iar pentru celelalte ministere sau instituții cu rețea sanitară proprie prin act administrativ al conducătorului acestora.

(9) Dispozițiile art. 178 alin. (1) lit. b)-g) referitoare la incompatibilități, ale art. 178 alin. (2) referitoare la conflictul de interese și ale art. 178 alin. (4) și (5) se aplică în mod corespunzător și persoanelor care ocupă funcții specifice comitetului director.

(la 22-11-2016 Alineatul (9) din Articolul 181, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

METODOLOGIE (A) 12/02/2007 din data 2007-02-12

ART. 1

În cadrul spitalelor publice funcționează un comitet director format din:

- a) managerul spitalului;*
- b) directorul medical;*
- c) directorul financiar-contabil;*
- d) directorul de îngrijiri - pentru spitalele cu peste 400 de paturi.*

ART. 2

(1) Ocuparea posturilor specifice comitetului director se face prin concurs/examen organizat de managerul spitalului pentru fiecare post în parte.

(2) Prin act administrativ al managerului unității sanitare organizatoare a concursului/examenului, în condițiile prezentei metodologii-cadru, se constituie, cu avizul ministerului sau al instituției cu rețea sanitară proprie, așa cum sunt definite la art. 4 alin. (2) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, comisia de concurs/examen, respectiv comisia de soluționare a contestațiilor, până cel târziu la data publicării anunțului de concurs.

(3) Din comisia de concurs/examen, respectiv comisia de soluționare a contestațiilor fac parte și doi reprezentanți desemnați de ministerul sau instituția cu rețea sanitară proprie prevăzute la alin. (2), un reprezentant al administrației publice locale, precum și reprezentanți ai organizațiilor profesionale și de sindicat. Reprezentanții organizațiilor profesionale și de sindicat au rolul de observatori în comisia de concurs/examen, respectiv comisia de soluționare a contestațiilor.

(4) Fiecare comisie este condusă de un președinte și are un secretar care verifică buna organizare și desfășurare a concursului.

(5) Comisia de concurs are următoarele atribuții principale:

- a) selectează dosarele de concurs ale candidaților;
- b) stabilește subiectele pentru proba scrisă;
- c) stabilește planul interviului și realizează interviul;
- d) notează pentru fiecare candidat proba scrisă și interviul;
- e) transmite secretarului comisiei rezultatele concursului pentru a fi comunicate candidaților;
- f) semnează procesele-verbale întocmite de secretarul comisiei după fiecare etapă de concurs, precum și raportul final al concursului.

(6) Comisia de soluționare a contestațiilor are următoarele atribuții principale:

- a) soluționează contestațiile depuse de candidați cu privire la selecția dosarelor și cu privire la notarea probei scrise și a interviului;
- b) transmite secretarului comisiei rezultatele contestațiilor pentru a fi comunicate candidaților.

(7) Secretarul comisiilor de concurs și de soluționare a contestațiilor are următoarele atribuții principale:

- a) primește dosarele de concurs ale candidaților, respectiv contestațiile;
- b) convoacă membrii comisiei de concurs, respectiv membrii comisiei de soluționare a contestațiilor, la solicitarea președintelui comisiei;
- c) întocmește, redactează și semnează alături de comisia de concurs, respectiv comisia de soluționare a contestațiilor întreaga documentație privind activitatea specifică a acesteia, respectiv procesul-verbal al selecției dosarelor și raportul concursului;
- d) asigură afișarea rezultatelor obținute de candidați la probele concursului, respectiv a rezultatelor eventualelor contestații;
- e) îndeplinește orice sarcini specifice necesare pentru buna organizare și desfășurare a concursului.

ART. 3

(1) La concurs/examen se pot înscrie candidații care îndeplinesc, cumulativ, criteriile generale și specifice.

(2) Criteriile generale sunt următoarele:

- a) au domiciliul stabil în România;
- b) nu au fost condamnați definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului ori contra autorității, de serviciu sau în legătură cu serviciul, care împiedică înfăptuirea justiției, de fals ori a unor fapte de corupție sau a unei infracțiuni săvârșite cu intenție, care i-ar face incompatibili cu exercitarea funcției, cu excepția situației în care a intervenit reabilitarea;
- c) au o stare de sănătate corespunzătoare postului pentru care candidează, atestată pe baza adeverinței medicale eliberate de medicul de familie sau de unitățile sanitare abilitate;

d) nu au vârsta de pensionare, conform prevederilor legale în vigoare.

(3) Criteriile specifice sunt următoarele:

a) pentru directorul medical:

- 1. sunt absolvenți de învățământ universitar de lungă durată, cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul medicină, specializarea medicină;*
- 2. sunt confirmați cel puțin medic specialist;*
- 3. au minimum 5 ani vechime în specialitatea respectivă;*

b) pentru directorul financiar-contabil:

- 1. sunt absolvenți de învățământ universitar de lungă durată, cu diplomă de licență sau echivalentă în profil economic;*
- 2. au cel puțin 2 ani vechime în specialitatea studiilor;*
- 3. dețin certificatul de atestare a cunoștințelor dobândite în domeniul Sistemului european de conturi, precum și de cunoaștere a reglementărilor europene în domeniu*;*

** Cu excepția unităților sanitare publice cu paturi pentru care managementul a fost transferat către autoritățile administrației publice locale și către Primăria Municipiului București, conform prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.*

c) pentru directorul de îngrijiri:

- 1. sunt asistenți medicali generaliști principali;*
- 2. au cel puțin 2 ani vechime ca asistenți medicali generaliști principali;*
- 3. sunt absolvenți de învățământ universitar de lungă sau scurtă durată, cu diplomă de licență/absolvire.*

(4) În cazul spitalelor de specialitate care asigură asistență medicală într-o singură specialitate, prin excepție de la alin. (3) lit. c), la concursul pentru ocuparea postului de director de îngrijiri pot participa și asistenți medicali/moașe în specialitatea unității sanitare respective, care au cel puțin 2 ani vechime ca asistenți medicali/moașe principali și sunt absolvenți de învățământ universitar de lungă sau scurtă durată, cu diplomă de licență/absolvire.

ART. 4

(1) Dosarul de înscriere la concurs trebuie să conțină următoarele documente:

1. pentru directorul medical:

- a) cererea de înscriere;*
- b) copie de pe actul de identitate;*
- c) copie de pe diploma de licență sau de absolvire, după caz;*
- d) copie de pe certificatul de medic specialist;*
- e) curriculum vitae;*
- f) adeverința care atestă vechimea în gradul profesional sau în specialitatea studiilor, după caz;*
- g) cazierul judiciar;*

h) declarația pe propria răspundere că nu a desfășurat activități de poliție politică, așa cum este definită prin lege;

i) adeverință medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior derulării concursului de către medicul de familie al candidatului sau de către unitățile sanitare abilitate;

j) proiectul de specialitate;

2. pentru directorul financiar-contabil:

a) cererea de înscriere;

b) copie de pe actul de identitate;

c) copie de pe diploma de licență sau de absolvire, după caz;

d) curriculum vitae;

e) adeverința care atestă vechimea în muncă sau în specialitatea studiilor, după caz;

f) cazierul judiciar;

g) declarația pe propria răspundere că nu a desfășurat activități de poliție politică, așa cum este definită prin lege;

h) adeverință medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior derulării concursului de către medicul de familie al candidatului sau de către unitățile sanitare abilitate;

i) copie de pe certificatul de atestare a cunoștințelor dobândite în domeniul Sistemului european de conturi, precum și de cunoaștere a reglementărilor europene în domeniu;

j) proiectul de specialitate;

3. pentru directorul de îngrijiri:

a) cererea de înscriere;

b) copie de pe actul de identitate;

c) copie de pe diploma de licență sau de absolvire, după caz;

d) copia certificatului de absolvire a examenului de grad principal;

e) curriculum vitae;

f) adeverința care atestă vechimea în gradul profesional sau în specialitatea studiilor, după caz;

g) cazierul judiciar;

h) declarația pe propria răspundere că nu a desfășurat activități de poliție politică, așa cum este definită prin lege;

i) adeverință medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior derulării concursului de către medicul de familie al candidatului sau de către unitățile sanitare abilitate;

j) proiectul de specialitate.

(2) Dosarul de înscriere se depune la secretarul comisiei de concurs cu cel puțin 5 zile lucrătoare înainte de data susținerii concursului.

(3) Copiile de pe actele prevăzute mai sus se prezintă însoțite de documentele originale, care se certifică pentru conformitate cu originalul de către secretarul comisiei de concurs.

(4) Candidații al căror dosar de înscriere a fost respins pot depune contestație în cel mult 24 de ore de la data comunicării rezultatului verificării. Contestația se soluționează în termen de 24 de ore de la data depunerii de către comisia de soluționare a contestațiilor.

ART. 5

(1) Anunțul de concurs este întocmit de către unitatea sanitară, indiferent de subordonare. Unitatea sanitară are obligația să publice, cu cel puțin 15 zile lucrătoare înainte de data stabilită pentru prima probă a concursului pentru ocuparea postului vacant, anunțul privind concursul în Monitorul Oficial al României, Partea a III-a, pe portalul posturi.gov.ro, într-un cotidian de largă circulație, pe pagina de internet a unității sanitare, precum și la sediul acesteia.

(2) Anunțul afișat la sediul și, după caz, pe pagina de internet a unității sanitare publice organizatoare a concursului va cuprinde în mod obligatoriu următoarele elemente:

- a) denumirea postului vacant;
- b) documentele solicitate candidaților pentru întocmirea dosarului de concurs, locul de depunere a dosarului de concurs și datele de contact ale persoanei care asigură secretariatul comisiei de concurs;
- c) condițiile generale și specifice;
- d) tipul probelor de concurs, locul, data și ora desfășurării acestora;
- e) bibliografia și, după caz, tematica;
- f) temele de proiect;
- g) calendarul de desfășurare a concursului, respectiv data-limită și ora până la care se pot depune dosarele de concurs, datele de desfășurare a probelor de concurs, termenele în care se afișează rezultatele pentru fiecare probă, termenele în care se pot depune și în care se afișează rezultatele contestațiilor, precum și termenul în care se afișează rezultatele finale.

(3) Informațiile referitoare la organizarea și desfășurarea concursului prezentate la alin. (2) se mențin la locul de afișare și pe pagina de internet a unității sanitare publice organizatoare până la finalizarea concursului.

(4) Anunțul publicat în presa scrisă și în Monitorul Oficial al României, Partea a III-a, va conține: denumirea postului, nivelul studiilor și vechimea în specialitatea studiilor necesare ocupării postului pentru care se organizează concursul, data, ora și locul de desfășurare a acestuia, data-limită până la care se pot depune actele pentru dosarul de concurs și datele de contact ale persoanei care asigură secretariatul comisiei de concurs.

(5) Documentele aferente concursului, respectiv anunțul cuprinzând condițiile generale și specifice, calendarul de desfășurare a concursului, bibliografia și, după caz, tematica, se transmit spre publicare către portalul posturi.gov.ro, prin intermediul adresei de e-mail: posturi@gov.ro, în termenele prevăzute la alin. (1).

(6) Publicitatea în cazul modificării unor aspecte referitoare la organizarea sau desfășurarea concursului se realizează în cel mai scurt timp prin mijloacele prevăzute la alin. (1).

ART. 6

(1) Concursul/Examenul cuprinde următoarele probe de evaluare:

- a) test-grilă/lucrare scrisă de verificare a cunoștințelor din legislația specifică postului;
- b) susținerea proiectului de specialitate pe o temă din domeniul de activitate al postului;
- c) interviul de selecție.

(2) Probele de evaluare se notează cu note de la 1 la 10.

ART. 7

(1) Testul-grilă/Lucrarea scrisă de verificare a cunoștințelor se desfășoară pe durata a cel mult 3 ore.

(2) Testul-grilă/Subiectele pentru lucrarea scrisă se elaborează de către comisia de concurs, pe baza bibliografiei pentru concurs, în ziua probei.

(3) Persoanele care au participat la elaborarea testului-grilă/subiectelor pentru lucrarea scrisă nu părăsesc încăperea până la începerea probei.

ART. 8

(1) Candidații își aleg tema pentru proiectul de specialitate din cele stabilite de comisia de concurs, prin publicația de concurs, și îl depun odată cu înscrierea la concurs.

(2) Proiectul de specialitate trebuie să fie realizat individual de către candidat, să rezolve problemele solicitate într-un volum de maximum 8-10 pagini tehnoredactate pe calculator cu fonturi de 14 și trebuie să fie depus la înscriere.

(3) Evaluarea și susținerea proiectului de specialitate se fac în plenul comisiei de concurs/examen.

(4) În urma susținerii orale a proiectului de specialitate, evaluării conținutului și a răspunsurilor date la întrebările comisiei de concurs, fiecare membru al comisiei acordă câte o notă. Nota finală, cu două zecimale, este media notelor acordate de fiecare membru al comisiei de concurs.

ART. 9

(1) Interviu de selecție are scopul de a permite membrilor comisiei de concurs/examen să constate, analizând și rezultatele obținute la testul-grilă/lucrarea scrisă de verificare a cunoștințelor și proiectul de specialitate, dacă respectivul candidat își va putea îndeplini obligațiile în noua funcție și dacă este cel mai potrivit pentru acest post din punctul de vedere al experienței profesionale, aptitudinilor de comunicare, aptitudinilor și cunoștințelor manageriale și ambițiilor profesionale.

(2) Interviu de selecție se desfășoară în plenul comisiei de concurs/examen.

(3) Nu se adresează candidatului întrebări referitoare la opiniile sale politice, la activitatea sindicală, religie, etnie, sex, starea materială și la originea socială.

(4) Întrebările și răspunsurile se consemnează în scris prin grija secretarului comisiei de concurs și sunt semnate de către membrii comisiei și de candidat.

ART. 10

(1) Pentru a fi declarați admiși, candidații trebuie să obțină în cadrul concursului/examenului media finală cel puțin 7,00, iar la fiecare probă minimum nota 6,00. Media finală a fiecărui candidat se calculează cu două zecimale, ca medie aritmetică a notelor obținute la probele de evaluare.

(2) Pe baza mediilor finale, comisia de concurs stabilește, în ordinea descrescătoare a mediilor, candidatul admis la concurs. La medii finale egale, departajarea candidaților se face pe baza mediei obținute la testul-grilă/lucrarea scrisă de verificare a cunoștințelor, iar la menținerea egalității, pe baza notei obținute la interviul de selecție.

(3) Candidații au dreptul să conteste rezultatul final al concursului/examenului, cu excepția interviului de selecție, în termen de 24 de ore de la data afișării. Contestația se soluționează de comisia de soluționare a contestațiilor în termen de 24 de ore de la data depunerii la secretarul comisiei de concurs/examen.

ART. 11

Candidații declarați admiși în urma concursului/examenului sunt numiți pe posturile pentru care au concurat prin act administrativ al managerului spitalului și încheie cu acesta contract de administrare, în conformitate cu prevederile actelor normative.

ART. 12

(1) În cazul în care, de la data anunțării concursului și până la afișarea rezultatelor finale ale acestuia, managerul spitalului public pentru care se organizează concursul este sesizat cu privire la nerespectarea prevederilor legale privind organizarea și desfășurarea concursului, se va proceda la verificarea celor sesizate cu celeritate. În cazul în care se constată că nu au fost respectate prevederile legale sau când aspectele sesizate nu pot fi cercetate cu încadrarea în termenele procedurale prevăzute de lege, desfășurarea concursului va fi suspendată.

(2) Suspendarea se dispune de către managerul spitalului public organizator, după o verificare prealabilă, în regim de urgență, a situației în fapt sesizate, dacă se constată existența unor deficiențe în respectarea prevederilor legale.

(3) Sesizarea poate fi făcută de către membrii comisiei de concurs ori ai comisiei de soluționare a contestațiilor, de către oricare dintre candidați sau de către orice persoană interesată.

(4) În situația în care, în urma verificării realizate potrivit alin. (1), se constată că sunt respectate prevederile legale privind organizarea și desfășurarea concursului, acesta se desfășoară în continuare.

ART. 13

(1) În cazul în care, din motive obiective, nu se pot respecta data și ora desfășurării concursului:

- a) concursul se amână pentru o perioadă de maximum 15 zile lucrătoare;*
- b) se reia procedura de organizare și desfășurare a acestuia dacă amânarea nu poate fi dispusă conform lit. a).*

(2) În situația constatării necesității amânării concursului, unitatea sanitară organizatoare a concursului are obligația:

- a) anunțării, prin aceleași mijloace de informare, a modificărilor intervenite în desfășurarea concursului;*
- b) informării candidaților ale căror dosare au fost înregistrate, dacă este cazul, prin orice mijloc de informare care poate fi dovedit.*

ART. 14

(1) Candidaturile înregistrate la concursul a cărui procedură a fost suspendată sau amânată se consideră valide dacă persoanele care au depus dosarele de concurs își exprimă în scris intenția de a participa din nou la concurs la noile date.

(2) În situația în care, la reluarea procedurii de concurs prevăzute la art. 12, în dosare există documente a căror valabilitate a încetat, candidații au posibilitatea de a le înlocui până la data emiterii actului administrativ de numire.

ART. 15

În cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, așa cum sunt definite la art. 4 alin. (2) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, metodologia reprezintă o metodologie-cadru, care poate fi modificată și/sau completată de către conducerea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, urmând a fi aprobată prin act administrativ emis de către acestea.

ART. 16

În cazul în care la concursul organizat în vederea ocupării unui post din comitetul director nu s-au prezentat cel puțin 2 candidați, încadrarea postului se face prin examen.

ART. 182

(1) Personalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director poate desfășura activitate medicală în unitatea sanitară respectivă. Programul de lucru se stabilește de comun acord cu managerul spitalului.

(la 22-11-2016 Alineatul (1) din Articolul 182 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(2) Personalul de specialitate medico-sanitar prevăzut la alin. (1) desfășoară activitate medicală în cadrul funcției de conducere ocupate.

(3) Membrii comitetului director, șefii de secție, șefii de laboratoare sau șefii de servicii medicale nu mai pot desfășura nicio altă funcție de conducere prin cumul de funcții.

ART. 183

(1) Managerul are obligația să respecte măsurile dispuse de către conducătorul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean, după caz, în situația în care se constată disfuncționalități în activitatea spitalului public.

(2) În exercitarea funcției de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, Ministerul Sănătății, prin comisii de evaluare, poate să verifice, să controleze și să sancționeze, potrivit legii, activitatea tuturor spitalelor.

ART. 183^{^1}

(1) Contractul de management și, respectiv, contractul de administrare se suspendă în următoarele situații:

- a) concediu de maternitate;
- b) concediu pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă mai mare de o lună;
- c) managerul este numit sau ales într-o funcție de demnitate publică;
- d) managerul este arestat preventiv sau se află în arest la domiciliu, în condițiile Legii nr. 135/2010 privind Codul de procedură penală, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Suspendarea contractului de management și, respectiv, a contractului de administrare nu împiedică încetarea acestuia în situațiile prevăzute la art. 184 alin. (1) lit. i), s) și ș).

(3) Pe perioada suspendării contractului de management și, respectiv, contractului de administrare ministrul sănătății, conducătorul ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean ori rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, numesc un manager interimar, respectiv membrul comitetului director interimar.

(la 01-03-2018 Capitolul III din Titlul VII a fost completat de Punctul 21, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 184

(1) Contractul de management și, respectiv, contractul de administrare încetează în următoarele situații:

a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;

b) la revocarea din funcție a managerului, în cazul nerealizării indicatorilor de performanță ai managerului spitalului public, prevăzuți în contractul de management, timp de minimum un an, din motive imputabile acestuia, și/sau în situația neîndeplinirii culpabile a celorlalte obligații ale managerului;

(la 22-11-2016 Litera b) din Alineatul (1) al Articolului 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

c) la revocarea din funcție a persoanelor care ocupă funcții specifice comitetului director în cazul nerealizării indicatorilor specifici de performanță prevăzuți în contractul de administrare, timp de minimum un an, din motive imputabile acestora, și/sau în situația neîndeplinirii culpabile a celorlalte obligații ale acestora;

(la 22-11-2016 Litera c) din Alineatul (1) al Articolului 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

d) prin acordul de voință al părților semnatare;

e) la apariția unei situații de incompatibilitate sau conflict de interese prevăzute de lege;

f) în cazul nerespectării termenului de înlăturare a motivelor de incompatibilitate ori de conflict de interese prevăzut la art. 178 alin. (4);

(la 22-11-2016 Litera f) din Alineatul (1) , Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

g) la decesul sau punerea sub interdicție judecătorească a managerului;

h) în cazul falimentului persoanei juridice, manager al spitalului, potrivit legii;

(la 22-11-2016 Litera h) din Alineatul (1) , Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

- i) la împlinirea vârstei de pensionare prevăzute de lege;
- j) în cazul în care se constată abateri de la legislația în vigoare care pot constitui un risc iminent pentru sănătatea pacienților sau a salariaților;
- k) în cazul neacceptării de către oricare dintre membrii comitetului director a oricărei forme de control efectuate de instituțiile abilitate în condițiile legii;
- l) în cazul refuzului colaborării cu organele de control desemnate de instituțiile abilitate în condițiile legii;
- m) în cazul în care se constată de către organele de control și instituțiile abilitate în condițiile legii abateri de la legislația în vigoare care sunt imputabile managerului sau, după caz, oricăruia dintre membrii comitetului director și care, deși remediabile, nu au fost remediate în termenul stabilit de organele sau instituțiile respective;

(la 22-11-2016 Litera m) din Alineatul (1) , Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

- n) nerespectarea măsurilor dispuse de ministrul sănătății în domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice sau, după caz, a măsurilor dispuse de ministrul/conducătorul instituției pentru spitalele din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- o) dacă se constată că managerul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute de dispozițiile legale în vigoare pentru exercitarea funcției de manager;
- p) în cazul existenței a 3 luni consecutive de plăți restante, a căror vechime este mai mare decât termenul scadent de plată, respectiv a arieratelor, în situația în care la data semnării contractului de management unitatea sanitară nu înregistrează arierate;
- q) în cazul nerespectării graficului de eșalonare a plăților arieratelor, asumat la semnarea contractului de management, în situația în care la data semnării contractului de management unitatea sanitară înregistrează arierate.
- r) în cazul denunțării unilaterale a contractului de către manager sau, după caz, de către membrul comitetului director, cu condiția unei notificări prealabile scrise transmise cu minimum 30 de zile calendaristice înainte de data încetării contractului.

(la 22-11-2016 Alineatul (1) din Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

- s) ca urmare a condamnării la executarea unei pedepse privative de libertate, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătorești;

(la 01-03-2018 Alineatul (1) din Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 22, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

- ș) când printr-o hotărâre judecătorească definitivă s-a dispus condamnarea managerului pentru săvârșirea unei infracțiuni contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție și de serviciu, infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite cu intenție care ar face-o incompatibilă cu exercitarea funcției.

(la 01-03-2018 Alineatul (1) din Articolul 184 , Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 22, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

(2) Pentru spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale, contractul de management încetează în condițiile legii la propunerea consiliului de administrație, în cazul în care acesta constată existența uneia dintre situațiile prevăzute la alin. (1).

(3) Încetarea contractului de management atrage încetarea de drept a efectelor ordinului de numire în funcție.

(la 22-11-2016 Articolul 184 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

ART. 185

(1) Secțiile, laboratoarele și serviciile medicale ale spitalului public sunt conduse de un șef de secție, șef de laborator sau, după caz, șef de serviciu. Aceste funcții se ocupă prin concurs sau examen, după caz, în condițiile legii.

(la 22-11-2016 Alineatul (1) din Articolul 185 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 16, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

Reproducem mai jos prevederile alin. (1) și (2) ale art. V din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022:

(1) Persoanele care ocupă, după data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1[^]1), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și persoanele care ocupă funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1), sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe, să facă dovada absolvirii unor cursuri de perfecționare în management sanitar sau management al serviciilor de sănătate, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Prevederile alin. (1) nu se aplică persoanelor care ocupă funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1[^]1), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și persoanelor care ocupă funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) și care sunt medici specialiști sau primari în specialitatea sănătate publică și management sau care au absolvit un masterat sau doctorat în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate, organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată.

Articolul IV din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 129 din 29 septembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 954 din 30 septembrie 2022 prevede:

Articolul IV

(1) Persoanele care, la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, ocupă funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1[^]1), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director

financiar-contabil, precum și funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență și ulterior la fiecare 2 ani, să facă dovada absolvirii unuia dintre cursurile de perfecționare de scurtă durată în management sanitar, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Persoanele care ocupă, după data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, funcțiile prevăzute la art. 18 alin. (2), art. 118 alin. (1¹), art. 181 alin. (1), cu excepția funcției de director financiar-contabil, precum și funcțiile prevăzute la art. 185 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sub sancțiunea revocării din funcție, au obligația ca, în termen de 2 ani de la data ocupării funcției și ulterior la fiecare 2 ani, să facă dovada absolvirii unuia dintre cursurile de perfecționare de scurtă durată în management sanitar, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) În spitalele publice funcțiile de șef de secție, șef de laborator, asistent medical șef sunt funcții de conducere și vor putea fi ocupate numai de medici, biologi, chimiști și biochimiști sau, după caz, asistenți medicali, cu o vechime de cel puțin 5 ani în specialitatea respectivă.

(3) Funcția de farmacist-șef din spitalele publice se ocupă în condițiile legii de către farmaciști cu minimum 2 ani de experiență profesională.

(4) Șefii de secție au ca atribuții îndrumarea și realizarea activității de acordare a îngrijirilor medicale în cadrul secției respective și răspund de calitatea actului medical, precum și atribuțiile asumate prin contractul de administrare.

(5) La numirea în funcție, șefii de secție, de laborator și de serviciu medical vor încheia cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați. Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. Evaluarea este efectuată pe baza criteriilor de performanță generale stabilite prin ordin al ministrului sănătății, precum și pe baza criteriilor specifice și a ponderilor stabilite și aprobate prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz. În cazul în care la numirea în funcție șeful de secție, de laborator sau de serviciu medical se află în stare de incompatibilitate sau conflict de interese, acesta este obligat să înlăture motivele de incompatibilitate sau de conflict de interese în termen de maximum 30 de zile de la numirea în funcție. În caz contrar, contractul de administrare este reziliat de plin drept.

(la 01-03-2018 Alineatul (5) din Articolul 185, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

(6) Calitatea de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical este compatibilă cu funcția de cadru didactic universitar.

(7) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către cadrul didactic universitar medical cu gradul cel mai mare de predare, la propunerea senatului universității în care se află instituția de învățământ medical superior, cu avizul managerului.

(la 24-10-2023 Alineatul (7), Articolul 185, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 16., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(7¹) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical pentru care nu se poate aplica procedura prevăzută la alin. (7) din lipsa unui cadru didactic de predare sau în cazul în care există mai multe persoane care îndeplinesc condițiile de a fi numite, funcția se ocupă prin concurs organizat conform prevederilor alin. (1).

(la 24-10-2023 Alineatul (7¹), Articolul 185, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 16., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(7²) Prin excepție de la prevederile alin. (7), în secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din spitalele aparținând rețelei sanitare a Ministerului Apărării Naționale, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de un cadru militar în activitate desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

(la 21-11-2022 Articolul 185 din Capitolul III, Titlul VII a fost completat de Punctul 21², Punctul 7, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(8) În cazul în care contractul de administrare, prevăzut la alin. (5), nu se semnează în termen de 7 zile de la data stabilită de manager pentru încheierea acestuia, se va constitui o comisie de mediere numită prin decizie a consiliului de administrație. În situația în care conflictul nu se soluționează într-un nou termen de 7 zile, postul va fi scos la concurs, în condițiile legii.

(9) Procedura de organizare și desfășurare a concursului pentru ocuparea funcției de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical, inclusiv condițiile de participare la concurs, vor fi stabilite prin ordin al ministrului sănătății, iar în cazul spitalelor aparținând ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, condițiile specifice de participare la concurs vor fi stabilite prin ordin al ministrului, respectiv prin decizie a conducătorului instituției, cu avizul Ministerului Sănătății. În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat în termenul legal, managerul spitalului public va delega o altă persoană în funcția de șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu medical, pe o perioadă de până la 6 luni, interval în care se vor repeta procedurile prevăzute la alin. (1).

(la 22-11-2016 Alineatul (9) din Articolul 185, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(10) În cazul spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale, condițiile specifice de participare la concursul de ocupare a funcției de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se stabilesc prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București.

(la 22-11-2016 Alineatul (10) din Articolul 185 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(10[^]1) Abrogat.

(la 03-09-2022 Alineatul (10[^]1) din Articolul 185 , Capitolul III , Titlul VII a fost abrogat de Punctul 26, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(11) Șeful de secție, șeful de laborator și șeful serviciului medical vor face publice, prin declarație pe propria răspundere, afișată pe site-ul spitalului și al autorității de sănătate publică sau pe site-ul Ministerului Sănătății ori, după caz, al Ministerului Transporturilor pentru unitățile sanitare subordonate acestuia, legăturile de rudenie până la gradul al IV-lea inclusiv cu personalul angajat în secția, laboratorul sau serviciul medical pe care îl conduc.

(12) Prevederile alin. (11) se aplică în mod corespunzător și în cazul spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale.

(13) Medicii, indiferent de sex, care împlinesc vârsta de 67 de ani după dobândirea funcției de conducere și care fac parte din comitetul director al spitalului public sau exercită funcția de șef de secție, șef de laborator ori șef de serviciu medical, vor fi pensionați conform legii. Medicii în vârstă de 67 de ani nu pot participa la concurs și nu pot fi numiți în niciuna dintre funcțiile de conducere care fac parte din comitetul director al spitalului public sau de șef de secție, șef de laborator ori șef de serviciu medical.

(la 06-01-2019 Alineatul (13) din Articolul 185 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 359 din 27 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 3 din 03 ianuarie 2019)

(14) În unitățile sanitare publice, profesorii universitari, medicii membri titulari și membri corespondenți ai Academiei de Științe Medicale și ai Academiei Române, medicii primari doctori în științe medicale pot ocupa funcții de conducere care fac parte din comitetul director al spitalului public sau funcții de șef de secție până la vârsta de 70 de ani, cu avizul consiliului de administrație al spitalului și cu aprobarea managerului, după caz.

(la 24-10-2023 Alineatul (14), Articolul 185, Capitolul III, Titlul VII a fost modificat de Punctul 16., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(15) Dispozițiile art. 178 alin. (1) lit. c), d), e) și g) referitoare la incompatibilități și ale art. 178 alin. (2) referitoare la conflictul de interese, sub sancțiunea rezilierii contractului de

administrare și a plății de despăgubiri pentru daunele cauzate spitalului, în condițiile legii, se aplică și șefilor de secție, de laborator și de serviciu medical din spitalele publice.

(la 22-11-2016 Alineatul (15) din Articolul 185 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

ART. 186

(1) În cadrul spitalelor publice funcționează un consiliu etic și un consiliu medical. Directorul medical este președintele consiliului medical.

(2) Componenta și atribuțiile consiliului etic se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Consiliul medical este alcătuit din șefii de secții, de laboratoare, farmacistul-șef și asistentul-șef.

(4) Principalele atribuții ale consiliului medical sunt următoarele:

a) îmbunătățirea standardelor clinice și a modelelor de practică în scopul acordării de servicii medicale de calitate în scopul creșterii gradului de satisfacție a pacienților;

b) monitorizarea și evaluarea activității medicale desfășurate în spital în scopul creșterii performanțelor profesionale și utilizării eficiente a resurselor alocate;

c) înaintează comitetului director propuneri privind utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului;

d) propune comitetului director măsuri pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și conform ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;

e) alte atribuții stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

ART. 187

(1) În cadrul spitalului public funcționează un consiliu de administrație format din 5-8 membri, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare și funcționare a spitalului.

(2) Membrii consiliului de administrație pentru spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale sunt:

a) 2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății sau ai direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București, iar în cazul spitalelor clinice un reprezentant al Ministerului Sănătății sau al direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București;

b) 3 reprezentanți numiți de consiliul județean ori consiliul local, după caz, respectiv de Consiliul General al Municipiului București, dintre care unul să fie economist;

(la 21-11-2022 Litera b) din Alineatul (2) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 21[^]3, Punctul 7, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

c) un reprezentant numit de primar sau de președintele consiliului județean, după caz;

d) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice;

e) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România.

(la 21-11-2022 Litera e) din Alineatul (2) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 21[^]3, Punctul 7, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

f) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

(3) Pentru spitalele publice din rețeaua Ministerului Sănătății, cu excepția celor prevăzute la alin. (2), membrii consiliului de administrație sunt:

a) 3 reprezentanți desemnați de Ministerul Sănătății;

(la 03-09-2021 Litera a) din Alineatul (3) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 22, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

b) un reprezentant numit de consiliul județean ori consiliul local, respectiv de Consiliul General al Municipiului București;

c) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice;

d) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România;

(la 21-11-2022 Litera d) din Alineatul (3) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 22[^]1, Punctul 8, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

e) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

(4) Pentru spitalele publice din rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, cu excepția celor prevăzute la alin. (2), membrii consiliului de administrație sunt:

a) 4 reprezentanți ai ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie pentru spitalele aflate în subordinea acestora;

b) un reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice;

c) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România;

(la 21-11-2022 Litera c) din Alineatul (4) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 22[^]2, Punctul 8, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

d) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.

(4[^]1) Pentru spitalele publice pot fi numiți membri ai consiliului de administrație persoane care fac dovada îndeplinirii cumulative, sub sancțiunea nulității actului de numire, a următoarelor condiții:

a) să fie absolvenți de studii superioare finalizate cu diplomă de licență;

b) să aibă, la data numirii, cel puțin 5 ani de experiență profesională într-unul din următoarele domenii: medicină, farmacie, drept, economie, științe ingineresti sau management.

(la 03-09-2021 Articolul 187 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(4²) Documentele care fac dovada îndeplinirii condițiilor prevăzute la alin. (4¹) se depun, în termen de 10 zile de la data aprobării referatului de numire, de către persoana desemnată în copie certificată pentru conformitate cu originalul la nivelul spitalelor publice în cadrul cărora funcționează consiliul de administrație respectiv.

(la 03-09-2021 Articolul 187 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(4³) Nu pot fi numiți membri în consiliul de administrație al spitalelor publice persoanele condamnate definitiv, până la intervenirea unei situații care înlătură consecințele condamnării.

(la 03-09-2021 Articolul 187 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(4⁴) Membrii consiliului de administrație pot participa, în calitate de observatori, la concursurile organizate de unitatea sanitară, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 177 alin. (1) și art. 187 alin. (10) lit. b).

(la 03-09-2021 Articolul 187 din Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(5) Instituțiile prevăzute la alin. (2), (3) și (4) sunt obligate să își numească și membrii supleanți în consiliul de administrație.

(6) Managerul participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot.

(7) Reprezentantul nominalizat de sindicatul legal constituit în unitate, afiliat federațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, participă ca invitat permanent la ședințele consiliului de administrație.

(8) Membrii consiliului de administrație al spitalului public se numesc prin act administrativ de către instituțiile prevăzute la alin. (2), (3) și (4).

(9) Ședințele consiliului de administrație sunt conduse de un președinte, ales cu majoritate simplă din numărul total al membrilor, pentru o perioadă de 6 luni.

(la 01-03-2018 Alineatul (9) din Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 24, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

(10) Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele:

a) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;

b) organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz;

c) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;

(la 25-02-2021 Litera c) din Alineatul (10) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 2, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

d) avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;

(la 25-02-2021 Litera d) din Alineatul (10) , Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificată de Punctul 2, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

e) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;

f) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în cazul în care constată existența situațiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) și la art. 184 alin. (1);

g) poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;

(la 25-02-2021 Alineatul (10) din Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 3, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

h) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii.

(la 25-02-2021 Alineatul (10) din Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost completat de Punctul 3, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

(11) Consiliul de administrație se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi, a președintelui sau a managerului, și ia decizii cu majoritatea simplă a membrilor prezenți.

(la 01-03-2018 Alineatul (11) din Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 24, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

(12) Membrii consiliului de administrație al spitalului public pot beneficia de o indemnizație lunară de maximum 1% din salariul managerului.

(13) Dispozițiile art. 178 alin. (1) lit. f) referitoare la incompatibilități, ale art. 178 alin. (2) referitoare la conflictul de interese și ale art. 178 alin. (5) se aplică în mod corespunzător și membrilor consiliului de administrație. Nerespectarea obligației de înlăturare a motivelor de incompatibilitate sau de conflict de interese apărute ca urmare a numirii în consiliul de administrație are ca efect încetarea de drept a actului administrativ de numire în funcție a respectivului membru al consiliului de administrație.

(la 22-11-2016 Alineatul (13) din Articolul 187 , Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 19, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

(14) În cazul autorităților administrației publice locale care realizează managementul asistenței medicale la cel puțin 3 spitale, reprezentanții prevăzuți la alin. (2) lit. b) sunt numiți din rândul structurii prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 188

(1) Persoanele cu funcții de conducere și control din cadrul spitalului public, inclusiv managerul, membrii comitetului director, șefii de secție, de laborator sau de serviciu medical și membrii consiliului de administrație, au obligația de a depune la spitalul în cauză o declarație de interese, precum și o declarație de avere potrivit prevederilor Legii nr. 176/2010, cu modificările ulterioare, în termen de 30 zile de la numirea în funcție.

(2) Declarațiile prevăzute la alin. (1) vor fi transmise Agenției Naționale de Integritate, în termen de cel mult 10 zile de la primire de către persoanele din cadrul spitalului desemnate cu implementarea prevederilor referitoare la declarațiile de avere și declarațiile de interese potrivit art. 5 alin. (2) lit. i) din Legea nr. 176/2010, cu modificările ulterioare. Aceste persoane vor îndeplini atribuțiile prevăzute la art. 6 din Legea nr. 176/2010, cu modificările ulterioare.

(3) În termenul prevăzut la alin. (2), declarațiile de avere și de interese vor fi transmise și Ministerului Sănătății în vederea implementării obiectivelor de creștere a integrității și prevenire a corupției în sistemul de sănătate prevăzute de legislația în vigoare.

(4) Declarațiile prevăzute la alin. (1) se actualizează ori de câte ori intervin modificări în situația persoanelor în cauză; actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, precum și a încetării funcțiilor sau activităților.

(5) Declarațiile se afișează pe site-ul spitalului.

(la 22-11-2016 Articolul 188 din Capitolul III , Titlul VII a fost modificat de Punctul 20, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

ART. 189

Prevederile art. 188 se aplică în mod corespunzător spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale.

CAP. IV

Finanțarea spitalelor

ART. 190

(1) Spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii.

(2) Prin autonomie financiară se înțelege:

a) organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, aprobat de conducerea unității și cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior;

b) elaborarea bugetului propriu de venituri și cheltuieli, pe baza evaluării veniturilor proprii din anul bugetar și a repartizării cheltuielilor pe baza propunerilor fundamentate ale secțiilor și compartimentelor din structura spitalului.

(3) Spitalele publice au obligația de a asigura realizarea veniturilor și de a fundamenta cheltuielile în raport cu acțiunile și obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole și alineate, conform clasificăției bugetare.

(4) Prevederile alin. (2) sunt aplicabile și în cadrul ministerelor cu rețea sanitară proprie.

ART. 191

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului public cu casa de asigurări de sănătate se negociază de către manager cu conducerea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) În cazul refuzului uneia dintre părți de a semna contractul de furnizare de servicii medicale, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, respectiv ai ministerului de resort, precum și ai CNAS, care, în termen de maximum 10 zile soluționează divergențele.

(3) În cazul spitalelor publice aparținând autorităților administrației publice locale, comisia de mediere prevăzută la alin. (2) este formată din reprezentanți ai autorităților administrației publice locale și ai CNAS.

(4) Spitalele publice pot încheia contracte pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative cu casele de asigurări de sănătate, precum și cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sau, după caz, cu instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, în conformitate cu structura organizatorică a acestora.

(5) În situația desființării, în condițiile art. 172, a unor unități sanitare cu paturi, după încheierea de către acestea a contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, sumele contractate și nedecontate ca servicii medicale efectuate urmează a fi alocate de casa de asigurări de sănătate la celelalte unități sanitare publice cu paturi din aria sa de competență.

ART. 192

(1) Veniturile realizate de unitățile sanitare publice în baza contractelor de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate pot fi utilizate și pentru:

a) investiții în infrastructură;

b) dotarea cu echipamente medicale.

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) pot fi efectuate după asigurarea cheltuielilor de funcționare, conform prevederilor Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare, Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu respectarea prevederilor Legii nr. 72/2013 privind măsurile pentru combaterea întârzierii în executarea obligațiilor de plată a unor sume de bani rezultând din contracte încheiate între profesioniști și între aceștia și autorități contractante.

ART. 193

(1) Spitalele publice din rețeaua Ministerului Sănătății și ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, cu excepția spitalelor din rețeaua autorităților administrației publice locale, primesc, în completare, sume de la bugetul de stat sau de la bugetele locale, care vor fi utilizate numai pentru destinațiile pentru care au fost alocate, după cum urmează:

- a) de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății sau al ministerelor ori instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, precum și prin bugetul Ministerului Educației și Cercetării Științifice, pentru spitalele clinice cu secții universitare;
- b) de la bugetul propriu al județului, pentru spitalele județene;
- c) de la bugetele locale, pentru spitalele de interes județean sau local.

(2) Pentru spitalele prevăzute la alin. (1) se asigură de la bugetul de stat:

- a) implementarea programelor naționale de sănătate publică;
- b) achiziția de echipamente medicale și alte dotări independente de natura cheltuielilor de capital, în condițiile legii;
- c) investiții legate de achiziția și construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție;
- d) expertizarea, transformarea și consolidarea construcțiilor grav afectate de seisme și de alte cazuri de forță majoră;
- e) modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente, precum și efectuarea de reparații capitale;
- f) activități specifice ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului;
- g) activități didactice și de cercetare fundamentală;
- h) finanțarea activităților din cabinete de medicină sportivă, cabinete de medicină legală, de planning familial, TBC, LSM, UPU, programe tip HIV/SIDA, programe pentru distrofici, drepturi de personal pentru rezidenți, inclusiv a cheltuielilor aferente voucherelor de vacanță;

(la 03-09-2022 Litera h) din Alineatul (2) , Articolul 193 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificată de Punctul 27, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

i) asigurarea cheltuielilor prevăzute la art. 100 alin. (7) și, după caz, alin. (8) pentru UPU și CPU, cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență aprobate în condițiile legii.

(2^1) Spitalele publice din rețeaua Ministerului Sănătății și Ministerului Transporturilor, beneficiare ale unor proiecte finanțate din fonduri europene în perioada de programare 2014-2020, pot primi, în completare, sume de la bugetul de stat, prin transferuri din bugetul Ministerului

Sănătății și Ministerului Transporturilor, după caz, pentru finanțarea cofinanțării care trebuie asigurată de către beneficiari potrivit contractelor de finanțare sau acordurilor de parteneriat.

(la 17-11-2018 Alineatul (2[^]1) din Articolul 193 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificat de Punctul 5, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 260 din 12 noiembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 14 noiembrie 2018)

(2[^]2) Spitalele publice din rețeaua Ministerului Afacerilor Interne, beneficiare ale unor proiecte finanțate din fonduri externe rambursabile/nerambursabile, pot primi sume de la bugetul de stat, prin transferuri din bugetul Ministerului Afacerilor Interne, pentru finanțarea proiectelor potrivit contractelor de finanțare sau acordurilor de parteneriat.

(la 30-03-2021 Articolul 193 din Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 1, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

(2[^]3) Fondurile necesare pentru cofinanțarea proiectelor aflate în implementare sau a proiectelor noi finanțate din fonduri externe nerambursabile postaderare se asigură din bugetul ordonatorului principal de credite, în cursul întregului an, prin virări de credite de angajament și credite bugetare între titlurile, articolele și alineatele de cheltuieli din cadrul aceluiași capitol sau de la alte capitole, cu încadrare în bugetul aprobat.

(la 30-03-2021 Articolul 193 din Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 1, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

(3) Finanțarea Spitalului Universitar de Urgență Elias se asigură după cum urmează:

a) de la bugetul de stat, pentru situația prevăzută la alin. (2) lit. b), d) și e), prin bugetul Academiei Române și prin transfer din bugetul Ministerului Sănătății, prin Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București, către bugetul Spitalului Universitar de Urgență Elias, pe bază de contract încheiat între ordonatorii de credite;

b) pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică se alocă fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sănătății, în baza contractelor încheiate cu Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București sau cu alte instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății, după caz;

c) pentru activitatea didactică și de cercetare fundamentală se alocă fonduri de la bugetul de stat, prin bugetul Academiei Române și prin bugetul Ministerului Educației și Cercetării Științifice;

d) pentru CPU se alocă sume de la bugetul de stat, prin bugetul Academiei Române.

(4) Finanțarea Spitalului Universitar de Urgență Elias, prevăzută la alin. (3) lit. a), se poate asigura și de la bugetele locale, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

(5) Pentru spitalele publice prevăzute la alin. (1), bugetele locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare publice de interes județean sau local, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

(6) Ministerele și instituțiile din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească participă, prin bugetul propriu, la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare a unităților sanitare din structura acestora, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație.

(6¹) Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie pot acorda personalului medical și de specialitate stimulente financiare lunare, în limita a două salarii minime brute pe țară a căror finanțare este asigurată din veniturile proprii ale acestora, în limita bugetului aprobat.

(la 11-11-2016 Articolul 193 din Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 1, Articolul I din LEGEA nr. 198 din 3 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 892 din 08 noiembrie 2016)

(7) Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

- a) donații și sponsorizări;
- b) legate;
- c) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică;
- d) închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii;

d¹) închirierea unor spații, în condițiile legii, pentru servicii de alimentație publică, servicii poștale, bancare, difuzare presă/cărți, pentru comercializarea produselor de uz personal și pentru alte servicii necesare pacienților;

(la 01-03-2018 Alineatul (7) din Articolul 193 , Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 25, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

d²) închirierea unor spații, în condițiile legii, pentru desfășurarea unor congrese, seminare, activități de învățământ, simpozioane, cu profil medical;

(la 01-03-2018 Alineatul (7) din Articolul 193 , Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 25, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

d³) închirierea unor spații, în condițiile legii, pentru desfășurarea unor activități cu specific gospodăresc și/sau agricol.

(la 01-03-2018 Alineatul (7) din Articolul 193 , Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 25, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

e) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau cu operatori economici;

- f) editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical;
- g) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți;
- h) servicii de asistență medicală la domiciliu, acordate la cererea pacienților sau, după caz, în baza unui contract de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile stabilite

prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- i) contracte de cercetare;
- j) coplata pentru unele servicii medicale;
- k) alte surse, conform legii.

(8) Închirierea spațiilor prevăzute la alin. (7) lit. d), d¹)-d³) se va realiza fără afectarea circuitelor medicale și desfășurarea și organizarea activității medicale.

(la 01-03-2018 Articolul 193 din Capitolul IV , Titlul VII a fost completat de Punctul 26, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 193¹

(1) Spitalele publice din rețeaua Ministerului Sănătății și ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și spitalele din rețeaua autorităților administrației publice locale pot primi sume suplimentare de la bugetul de stat, prin bugetul ordonatorilor principali de credite ai acestora, pe baza unor indicatori de performanță și de calitate a serviciilor oferite pacienților.

(2) Condițiile și criteriile pe baza cărora se acordă sumele prevăzute la alin. (1), precum și modul de utilizare a acestor sume se stabilesc prin hotărâre a Guvernului, cu consultarea Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Stomatologi din România și a organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.

(3) În aplicarea prevederilor alin. (1) se derulează un proiect-pilot pe o perioadă de 12 luni, în condițiile reglementate prin hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).

(la 03-09-2021 Capitolul IV din Titlul VII a fost completat de Punctul 24, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

Conform alineatului (6) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, hotărârea Guvernului pentru punerea în aplicare a prevederilor art. I pct. 24 va fi elaborată și publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

ART. 194

Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale încheie contracte cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, pentru:

- a) implementarea programelor naționale de sănătate publică;
- b) asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cadrul cabinetelor medicale cuprinse în structura organizatorică aprobată în condițiile legii: cabinete de medicină sportivă, planning familial, HIV/SIDA, distrofici, TBC, LSM, inclusiv a cheltuielilor aferente voucherelor de vacanță;

(la 03-09-2022 Litera b) din Articolul 194 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificată de Punctul 28, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

c) asigurarea drepturilor salariale ale personalului care desfășoară activitatea de cercetare științifică în condițiile legii, inclusiv a cheltuielilor aferente voucherelor de vacanță;

(la 03-09-2022 Litera c) din Articolul 194 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificată de Punctul 28, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

d) asigurarea cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare cabinetelor medicale de medicină sportivă, cabinete TBC, cabinete LSM, cuprinse în structura organizatorică a spitalului, aprobate în condițiile legii;

e) asigurarea cheltuielilor prevăzute la art. 100 alin. (7) și, după caz, alin. (8) pentru UPU și CPU cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii;

f) asigurarea drepturilor salariale pentru rezidenți în toată perioada rezidențiatului, anii I-VII, inclusiv a cheltuielilor aferente voucherelor de vacanță.

(la 03-09-2022 Litera f) din Articolul 194 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificată de Punctul 28, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

ART. 195

Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale încheie contracte cu institutele de medicină legală din centrele medicale universitare la care sunt arondate pentru asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cabinetele de medicină legală din structura acestora, precum și a cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare pentru funcționarea acestor cabinete.

ART. 196

(1) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la art. 194 lit. b), c), d) și f) și la art. 195 se asigură din fonduri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății.

(2) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la art. 194 lit. a) și e) se asigură din fonduri de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sănătății.

ART. 197

Contractele încheiate în condițiile art. 194 și 195 încetează de drept la data constatării nerespectării obligațiilor contractuale de către spitalele din rețeaua autorităților administrației publice locale.

ART. 198

(1) Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale pot primi sume de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, care se alocă prin transfer în baza contractelor încheiate între direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București

și autoritățile administrației publice locale în subordinea cărora funcționează respectivele unități, pentru:

a) finalizarea obiectivelor de investiții noi, de investiții în continuare, aflate în derulare și finanțate, anterior datei transferării managementului spitalelor publice, prin programele de investiții anuale ale Ministerului Sănătății;

b) dotarea cu aparatură medicală, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora;

c) reparații capitale la spitale, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora;

d) finanțarea obiectivelor de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente, precum și expertizarea, proiectarea și consolidarea clădirilor, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora.

(2) Sumele alocate din bugetul Ministerului Sănătății prevăzute la alin. (1) lit. b), c) și d) și listele spitalelor publice beneficiare se aprobă prin ordine ale ministrului sănătății, după publicarea legii bugetului de stat în Monitorul Oficial al României, Partea I, și sunt valabile pentru anul în curs.

(3) Ordinele prevăzute la alin. (2) se aprobă în baza propunerilor făcute de structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății în urma solicitărilor depuse la acestea.

ART. 199

(1) Autoritățile publice locale pot participa la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv cheltuieli de personal, stabilite în condițiile legii, bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare cu paturi transferate, suplimentare alocație de hrană, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

(la 01-06-2022 Alineatul (1) din Articolul 199 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificat de Punctul 1, Articolul I din LEGEA nr. 133 din 12 mai 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 477 din 13 mai 2022)

(2) Autoritățile administrației publice locale pot acorda personalului medical și de specialitate din spitalele publice din rețeaua sanitară proprie stimulente financiare lunare, în limita a două salarii minime brute pe țară, în baza hotărârii autorităților deliberative ale autorităților administrației publice locale, în limita bugetului aprobat.

(la 11-11-2016 Articolul 199 din Capitolul IV , Titlul VII a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din LEGEA nr. 198 din 3 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 892 din 08 noiembrie 2016)

ART. 200

Prevederile art. 193 alin. (7) se aplică și spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale.

ART. 200^{^1}

(1) Spitalele private pot încheia contracte cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București pentru asigurarea drepturilor salariale ale rezidenților pe toată perioada pregătirii în rezidențiat, anii I-VII, în funcție de specialitate, inclusiv a celor aferente voucherelor de vacanță.

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 200[^]1 , Capitolul IV , Titlul VII a fost modificat de Punctul 29, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (1) se asigură din fonduri de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății.

(3) Contractele încheiate în condițiile alin. (1) încetează de drept la data constatării nerespectării obligațiilor contractuale de către spitalele private.

(la 11-12-2019 Capitolul IV din Titlul VII a fost completat de Punctul 2, Articolul IV din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 74 din 10 decembrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 997 din 11 decembrie 2019)

ART. 201

(1) Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public se elaborează de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, în conformitate cu normele metodologice aprobate prin ordin al ministrului sănătății, și se publică pe site-ul Ministerului Sănătății, pentru unitățile subordonate, pe cel al autorității de sănătate publică sau pe site-urile ministerelor și instituțiilor sanitare cu rețele sanitare proprii, după caz, în termen de 15 zile calendaristice de la aprobarea lui.

(2) Pentru spitalele publice din rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, normele metodologice prevăzute la alin. (1) se aprobă prin ordin sau decizie a conducătorilor acestora, după caz, cu avizul Ministerului Sănătății.

(3) Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului public se aprobă de ordonatorul de credite ierarhic superior, la propunerea managerului spitalului.

(4) Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului public se repartizează pe secțiile și compartimentele din structura spitalului. Sumele repartizate sunt cuprinse în contractul de administrare, încheiat în condițiile legii.

(5) Execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente se monitorizează lunar de către șefii secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, conform unei metodologii aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(6) Execuția bugetului de venituri și cheltuieli se raportează lunar, respectiv trimestrial, unităților deconcentrate cu personalitate juridică ale Ministerului Sănătății și, respectiv, ministerului sau instituției cu rețea sanitară proprie, în funcție de subordonare, și se publică pe site-ul Ministerului Sănătății, pentru unitățile subordonate, pe cel al autorității de sănătate publică sau pe site-urile ministerelor și instituțiilor sanitare cu rețele sanitare proprii.

(7) Execuția bugetului de venituri și cheltuieli se raportează lunar și trimestrial și consiliului local și/sau județean, după caz, dacă beneficiază de finanțare din bugetele locale.

(8) Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv direcțiile medicale ori similare ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie analizează execuția bugetelor de venituri și cheltuieli lunare și trimestriale și le înaintează Ministerului Sănătății, respectiv ministerului sau instituției cu rețea sanitară proprie, după caz.

(9) Bugetele de venituri și cheltuieli ale spitalelor din rețeaua administrației publice locale se întocmesc, se aprobă și se execută potrivit prevederilor Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare, și fac parte din bugetul general al unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale.

ART. 202

(1) În cazul existenței unor datorii la data încheierii contractului de management, acestea vor fi evidențiate separat, stabilindu-se posibilitățile și intervalul în care vor fi lichidate, în condițiile legii.

(2) Prin excepție de la dispozițiile alin. (1), stingerea obligațiilor de plată ale spitalelor, înregistrate până la data de 31 decembrie 2005 față de furnizorii de medicamente, materiale sanitare, alți furnizori de bunuri și servicii, se realizează eşalonat. Plata obligațiilor se efectuează din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății și în completare de la bugetul de stat, prin transferuri către bugetul fondului, din sumele prevăzute în bugetul aprobat Ministerului Sănătății în Programul de administrație sanitară și politici de sănătate. Condițiile și modalitatea de stingere a obligațiilor de plată se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

ART. 203

(1) Abrogat.

(la 01-03-2018 Alineatul (1) din Articolul 203 , Capitolul IV , Titlul VII a fost abrogat de Punctul 27, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

(2) Auditul public intern pentru spitalele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie se exercită în conformitate cu dispozițiile legale și cu reglementările specifice ale acestora.

(3) Controlul asupra activității financiare a spitalului public se face, în condițiile legii, de Curtea de Conturi, Ministerul Sănătății, de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie sau de alte organe abilitate prin lege.

ART. 204

(1) Fondul de dezvoltare al spitalului se constituie din următoarele surse:

a) cotă-parte din amortizarea calculată lunar și cuprinsă în bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, cu păstrarea echilibrului financiar;

b) sume rezultate din valorificarea bunurilor disponibile, precum și din cele casate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare;

c) sponsorizări cu destinația "dezvoltare";

d) o cotă de 20% din excedentul bugetului de venituri și cheltuieli înregistrat la finele exercițiului financiar;

e) sume rezultate din închirieri, în condițiile legii.

(2) Fondul de dezvoltare se utilizează pentru dotarea spitalului.

(3) Soldul fondului de dezvoltare rămas la finele anului se reportează în anul următor, fiind utilizat potrivit destinației prevăzute la alin. (2).

ART. 205

Decontarea contravalorii serviciilor medicale contractate se face conform contractului de furnizare de servicii medicale, pe bază de documente justificative, în funcție de realizarea acestora, cu respectarea prevederilor contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 206

În situația în care spitalul public nu are angajat personal propriu sau personalul angajat este insuficient pentru acordarea asistenței medicale corespunzătoare structurii organizatorice aprobate în condițiile legii, precum și pentru servicii de natură administrativă necesare derulării actului medical, cum ar fi servicii de curățenie, de pază și protecție sau alte asemenea servicii, poate încheia contracte de prestări servicii pentru asigurarea acestora, în condițiile legii.

(la 22-11-2016 Articolul 206 din Capitolul IV , Titlul VII a fost modificat de Punctul 21, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 79 din 16 noiembrie 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 22 noiembrie 2016)

ART. 207

(1) Asistenții medicali absolvenți de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată într-o specializare de profil clinic, care au absolvit studii superioare de asistent medical generalist ori moașă, se încadrează în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, la gradul profesional imediat superior gradului de debutant cu menținerea gradației avute la data promovării.

(2) Asistenții medicali absolvenți de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată într-o specializare de profil clinic, care au dobândit gradul de principal și, ulterior, au absolvit studii superioare de asistent medical generalist ori de moașă, se încadrează în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, cu menținerea gradului de principal și a gradației avute la data promovării.

Decizie de admitere: HP nr. 59/2021
, publicată în Monitorul Oficial nr. 1049 din 2 noiembrie 2021:
În interpretarea și aplicarea prevederilor art. 207 alin. (2)
și (3) din Legea nr. 95/2006
raportate la prevederile art. 31 alin. (8) din Legea-cadru nr. 153/2017
și ale art. 10 din anexa nr. II cap. II
din aceeași lege, precum și la prevederile art. 41 din Regulamentul-cadru
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 286/2011
, încadrarea asistenților medicali absolvenți de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată într-o specializare de profil clinic, care au dobândit gradul de principal și, ulterior, au absolvit studii superioare de asistent medical generalist sau de moașă, în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, în condițiile art. 207 alin. (2)
și (3) din Legea nr. 95/2006
, intervine de drept, nefiind condiționată de îndeplinirea altor cerințe pentru promovarea în funcție, respectiv de încadrarea în cheltuielile de personal aprobate în buget, conform art. 31 alin. (8) din Legea-cadru nr. 153/2017
, și de transformarea postului avut într-un post corespunzător studiilor superioare absolvite, în condițiile art. 10 din anexa nr. II cap. II din Legea-cadru nr. 153/2017
și ale art. 41 din Regulamentul-cadru
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 286/2011

.

(3) Se consideră specializări de profil clinic potrivit prevederilor alin. (1) și (2) următoarele: asistent medical generalist, asistent medical obstetrică-ginecologie, asistent medical de pediatrie, asistent medical de ocrotire.

Decizie de admitere: HP nr. 59/2021
, publicată în Monitorul Oficial nr. 1049 din 2 noiembrie 2021:
În interpretarea și aplicarea prevederilor art. 207 alin. (2)
și (3) din Legea nr. 95/2006
raportate la prevederile art. 31 alin. (8) din Legea-cadru nr. 153/2017
și ale art. 10 din anexa nr. II cap. II
din aceeași lege, precum și la prevederile art. 41 din Regulamentul-cadru
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 286/2011
, încadrarea asistenților medicali absolvenți de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată într-o specializare de profil clinic, care au dobândit gradul de principal și, ulterior, au absolvit studii superioare de asistent medical generalist sau de moașă, în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, în condițiile art. 207 alin. (2)
și (3) din Legea nr. 95/2006
, intervine de drept, nefiind condiționată de îndeplinirea altor cerințe pentru promovarea în funcție, respectiv de încadrarea în cheltuielile de personal aprobate în buget, conform art. 31 alin. (8) din Legea-cadru nr. 153/2017
, și de transformarea postului avut într-un post corespunzător studiilor superioare absolvite, în condițiile art. 10 din anexa nr. II cap. II din Legea-cadru nr. 153/2017
și ale art. 41 din Regulamentul-cadru
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 286/2011

.

(4) Asistenții medicali cu profil paraclinic, precum și farmacie, medicină dentară, balneofizioterapie, nutriție și dietetică încadrați în sistemul public în baza diplomei/certificatului de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată de specialitate, care au absolvit studii superioare în aceeași specializare, se încadrează în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, la gradul profesional imediat superior gradului de debutant, cu menținerea gradației avute la data promovării.

(5) Asistenții medicali cu profil paraclinic, precum și, farmacie, medicină dentară, balneofizioterapie, nutriție și dietetică, încadrați în sistemul public în baza diplomei/certificatului de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată de specialitate, care au dobândit gradul de principal și ulterior au absolvit studii superioare în aceeași specializare se încadrează în funcția corespunzătoare studiilor superioare absolvite, cu menținerea gradului de principal avut la data promovării.

(6) Asistenții medicali încadrați în sistemul public în baza diplomei/certificatului de studii sanitare postliceale sau superioare de scurtă durată de specialitate, care au absolvit studii superioare în profilul acestora și, ulterior, obțin gradul de principal în profilul studiilor superioare absolvite, beneficiază de încadrarea în funcția de asistent medical principal corespunzătoare studiilor superioare absolvite, cu menținerea gradației avute la data promovării.

(7) În cazul asistenților medicali absolvenți de studii postliceale, care au dobândit gradul de principal în profilul specialității de bază și, ulterior, au absolvit un program de pregătire pentru obținerea specializării în unul din domeniile complementare acesteia, se încadrează în funcția corespunzătoare noii specializări cu păstrarea gradului de principal dacă noua specializare aparține profilului specialității de bază, precum și cu menținerea gradației deținute la acea dată.

(8) Gradul de principal dobândit în altă specializare aparținând profilului specializării studiilor postliceale absolvite de asistenții medicali care nu dețin un alt titlu de calificare de studii superioare de asistent medical, se păstrează și se salarizează conform legii.

(9) Exerțarea efectivă a activităților de asistent medical generalist, de asistent medical ori de moașă cu normă întreagă sau echivalent de fracții de normă cu respectarea celorlalte condiții de exercitare prevăzute de lege constituie experiență profesională, după caz, în profesia de asistent medical generalist, de asistent medical, respectiv de moașă.

(la 02-09-2016 Art. 207 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 45 din 31 august 2016, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 684 din 2 septembrie 2016.

)

ART. 208

(1) Salarizarea personalului de conducere din spitalele publice, precum și a celorlalte categorii de personal se stabilește potrivit legii.

(2) Cuantumul cheltuielilor aferente drepturilor de personal stabilite potrivit alin. (1) este supus aprobării ordonatorului principal de credite de către manager, cu avizul consiliului de administrație.

CAP. V

Dispoziții tranzitorii și finale

ART. 209

(1) Spitalele finanțate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate au obligația să înregistreze, să stocheze, să prelucereze și să transmită informațiile legate de activitatea proprie, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(2) Raportările se fac către Ministerul Sănătății, serviciile publice deconcentrate cu personalitate juridică ale Ministerului Sănătății, Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății București și, după caz, către ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel național, în vederea fundamentării deciziilor de politică sanitară, precum și pentru raportarea datelor către organisme internaționale.

(3) Nerespectarea obligațiilor prevăzute la alin. (1) se sancționează în condițiile prevăzute de contractul-cadru aprobat prin hotărâre a Guvernului.

(4) Informațiile prevăzute la alin. (1), care constituie secrete de stat și de serviciu, vor fi accesate și gestionate conform standardelor naționale de protecție a informațiilor clasificate.

ART. 210

Spitalul public, indiferent de rețeaua în cadrul căreia funcționează, are obligația să se încadreze în Strategia națională de raționalizare a spitalelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 211

Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie vor lua măsuri pentru reorganizarea spitalelor publice existente, în conformitate cu prevederile prezentului titlu, în termen de maximum 180 de zile de la data intrării în vigoare a acestuia.

ART. 212

(1) Ministerul Sănătății analizează și evaluează periodic și ori de câte ori este nevoie sau la sesizarea organelor abilitate ale statului activitatea unităților sanitare publice cu paturi din rețeaua proprie, numind o comisie de evaluare pentru efectuarea acesteia.

(2) Pentru analiza și evaluarea spitalelor publice din rețelele sanitare ale ministerelor și instituțiilor, precum și pentru spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale, comisia prevăzută la alin. (1) se constituie, după caz, prin ordin al ministrului, al conducătorului instituției care are în subordine spitalul sau prin act administrativ al primarului localității, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz.

(3) La propunerea comisiei prevăzute la alin. (1), după caz, conducerea spitalelor publice evaluate poate fi revocată prin act administrativ al miniștrilor, al conducătorului instituției cu rețea sanitară proprie sau, după caz, al primarului localității, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean.

(4) Analiza și evaluarea activității spitalelor publice prevăzute la alin. (1) și (2) se realizează conform unei metodologii unitare aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

ART. 213

(1) Imobilele din domeniul public al statului sau al unor unități administrativ-teritoriale, aflate în administrarea unor spitale publice, care se reorganizează și devin disponibile, precum și aparatura medicală pot fi, în condițiile legii, închiriate sau concesionate, după caz, unor persoane fizice ori juridice, în scopul organizării și funcționării unor spitale private sau pentru alte forme de asistență medicală ori socială, în condițiile legii.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) spațiile destinate desfășurării activității de învățământ superior medical și farmaceutic uman.

(3) Sumele obținute în condițiile legii din închirierea bunurilor constituie venituri proprii ale spitalului și se utilizează pentru cheltuieli curente și de capital, în conformitate cu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat.

ART. 214

Anual, ministrul sănătății va prezenta Guvernului situația privind:

- a) numărul de spitale, pe diferite categorii;
- b) numărul de paturi de spital raportat la numărul de locuitori;
- c) gradul de dotare a spitalelor;
- d) principalii indicatori de morbiditate și mortalitate;
- e) situația acreditării spitalelor publice;
- f) zonele și județele țării în care necesarul de servicii medicale spitalicești nu este acoperit.

ART. 215

(1) Dacă în termen de un an de la obținerea autorizației sanitare de funcționare spitalele nu solicită acreditarea în condițiile legii, acestea pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice.

(2) Dacă spitalele acreditate nu solicită intrarea într-un nou ciclu de acreditare cu cel puțin 9 luni înainte de încetarea valabilității acreditării, pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice.

ART. 216

Nerespectarea prevederilor prezentului titlu atrage răspunderea disciplinară, contravențională, civilă sau penală, după caz, în condițiile legii, a persoanelor vinovate.

ART. 217

Numirea managerilor selectați prin concurs se face în termen de maximum 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.

ART. 218

La data intrării în vigoare a prezentului titlu, Legea spitalelor nr. 270/2003 , publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 438 din 20 iunie 2003, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare se abrogă.

TITLUL VIII

Asigurările sociale de sănătate

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 219

(1) Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

(2) Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:

- a) protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;
- b) asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, iar obiectivele menționate la alin. (2) se realizează pe baza următoarelor principii:

- a) alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări;
- b) solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor;
- c) alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru;

(la 21-11-2022 Litera c) din Alineatul (3), Articolul 219, Capitolul I, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

- d) descentralizarea și autonomia în conducere și administrare;
- e) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- f) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;

h) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate;

i) libera concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pot funcționa și alte forme de asigurare a sănătății în diferite situații speciale. Aceste asigurări nu sunt obligatorii și pot fi oferite voluntar de organisme de asigurare autorizate conform legii.

(5) Asigurarea voluntară complementară sau suplimentară de sănătate poate acoperi riscurile individuale în situații speciale și/sau pe lângă serviciile acoperite de asigurările sociale de sănătate.

(6) Asigurarea voluntară de sănătate nu exclude obligația de a plăti contribuția pentru asigurarea socială de sănătate.

(7) Ministerul Sănătății, ca autoritate națională în domeniul sănătății, exercită controlul asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, din punctul de vedere al aplicării politicilor și programelor în domeniul sanitar aprobate de Guvernul României, și realizează coordonarea funcționării eficiente a sistemului de asigurări sociale de sănătate organizat prin CNAS.

ART. 220

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

(2) Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, conform art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

(la 03-09-2022 Alineatul (2) din Articolul 220 , Capitolul I , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 30, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2¹) Ministerul Finanțelor este autorizat să introducă, la propunerea CNAS, pe măsura încasării, influențele ce decurg din sumele provenite din protocoale încheiate de aceasta cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, precum și din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar.

(la 03-02-2023 Articolul 220 din Capitolul I , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(3) Gestionarea fondului se face, în condițiile legii, prin CNAS și prin casele de asigurări de sănătate.

(4) CNAS propune, cu avizul conform al Ministerului Sănătății, proiecte de acte normative pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pentru proiectele de acte normative care au incidență asupra fondului, elaborate de ministere și de celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, este obligatorie obținerea avizului conform al CNAS.

ART. 221

(1) În înțelesul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

a) serviciile medicale - acele servicii nominalizate în pachetele de servicii, furnizate de către persoanele fizice și juridice, potrivit prezentului titlu;

b) furnizorii - persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sănătății pentru a furniza servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

(la 21-11-2022 Litera b) din Alineatul (1), Articolul 221, Capitolul I, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

c) pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive și alte servicii la care au dreptul asigurații și se aprobă prin hotărâre a Guvernului;

(la 21-11-2022 Litera c) din Alineatul (1), Articolul 221, Capitolul I, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

d) pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, servicii medicale în asistența medicală primară, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție, transport sanitar neasistat și se stabilește prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia; persoanele care nu fac dovada calității de asigurat pot beneficia și de îngrijiri de asistență medicală comunitară în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, aprobate prin hotărâre a Guvernului;

(la 03-09-2022 Litera d) din Alineatul (1) , Articolul 221 , Capitolul I , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 31, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022 , publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

f) evaluarea - o procedură externă de verificare a performanțelor unui furnizor de servicii medicale prin care se recunoaște că furnizorul supus acestui proces corespunde standardelor prealabil stabilite în scopul de a garanta calitatea tuturor serviciilor medicale furnizate;

g) contractarea - procesul prin care se reglementează relațiile dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

h) preț de referință - prețul utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru plata unor servicii medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, potrivit politicii de prețuri a Ministerului Sănătății, în condițiile prevăzute prin contractul-cadru;

(la 03-09-2022 Litera h) din Alineatul (1) , Articolul 221 , Capitolul I , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 31, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Conform punctului 11 al articolului unic din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022, care modifică articolul II din Ordonanța Guvernului nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, în tot cuprinsul titlului XX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sintagma «dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive» se înlocuiește cu sintagma «dispozitive medicale».

i) dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive - orice articol, echipament sau produs care este utilizat în scopul de a crește, menține sau îmbunătăți capacitățile funcționale ale persoanei; inclusiv pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor, respectiv proteze, orteze, dispozitive de mers, necesare în scopul recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice, precum și alte tipuri de dispozitive prevăzute în contractul-cadru și normele de aplicare ale acestuia.

(la 21-11-2022 Litera i) din Alineatul (1), Articolul 221, Capitolul I, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

j) coplata - suma care reprezintă plata contribuției bănești a asiguratului, în temeiul obligației prevăzute la art. 231 lit. g), pentru a putea beneficia de serviciile medicale din pachetul de servicii de bază, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în cuantumul și în condițiile stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, potrivit prevederilor art. 229 alin. (3) lit. j);

k) prețul de decontare - prețul suportat din fond pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive și altele asemenea care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru asigurații cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative. Lista acestora și prețul de decontare se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(la 21-11-2022 Litera k) din Alineatul (1), Articolul 221, Capitolul I, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

l) medic prescriptor în sistemul de asigurări sociale de sănătate - medicul aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care emite o prescripție medicală ca urmare a actului medical propriu sau scrisorii medicale emise de un alt medic aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(la 01-03-2018 Alineatul (1) din Articolul 221 , Capitolul I, Titlul VIII a fost completat de Punctul 29, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

m) protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora - mecanisme financiare prin care deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora participă la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate cu medicamente suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, potrivit prevederilor art. 241 alin. (1).

(la 12-08-2019 Alineatul (1) din Articolul 221 , Capitolul I, Titlul VIII a fost completat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA nr. 9 din 8 august 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 668 din 09 august 2019)

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

CAP. II

Asigurații

SECȚIUNEA 1

Persoanele asigurate

ART. 222

(1) Sunt asigurați, potrivit prezentei legi:

a) toți cetățenii români cu domiciliul sau reședința în țară;

b) cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România;

c) cetățenii statelor membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și au obținut dreptul de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni;

d) persoanele din statele membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și anume desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întoarce de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână.

e) pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al UE, al unui stat aparținând SEE sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate.

(la 14-03-2019 Alineatul (1) din Articolul 222 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 2, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

(2) În cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și dreptul la pachetul de bază se acordă de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

(3) Persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1) sau art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

(la 14-12-2018 Alineatul (3) din Articolul 222 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 109 din 13 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1062 din 14 decembrie 2018)

(4) Pentru persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care au calitatea de contribuabili la sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și care nu au efectuat plata contribuției la fond la termenele prevăzute în aceeași lege, sumele restante se recuperează de către A.N.A.F. în condițiile legii, inclusiv obligații fiscale accesorii datorate pentru creanțele fiscale.

(5) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează:

a) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau reședință în România, precum și în condițiile art. 267 alin. (2)-(2²), după caz;

b) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. b), odată cu pierderea dreptului de ședere în România, precum și în condițiile art. 267 alin. (2)-(2²), după caz;

c) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. c), odată cu pierderea dreptului de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni, precum și în condițiile art. 267 alin. (2)-(2²), după caz;

d) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. d), odată cu pierderea calității de lucrător frontalier, precum și în condițiile art. 267 alin. (2) și (2²), după caz.

(6) Documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat se stabilesc prin ordin al președintelui CNAS.

(la 23-03-2018 Articolul 222 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 1, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

ART. 223

(1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, cardul național de asigurări sociale de sănătate, documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS, adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național sau adeverința de asigurat eliberată de casa de asigurări la care este înscris asiguratul în condițiile normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat.

(la 07-12-2017 Alineatul (1) din Articolul 223 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

*) Notă CTCE:

Conform articolului 2 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021, prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

NORMĂ 29/11/2018 din data 2018-11-29

ART. 1

(1) *Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare fondul, se constituie din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție,*

suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, potrivit art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, denumită în continuare Codul fiscal, subvenții de la bugetul de stat, precum și din donații, sponsorizări, dobânzi, venituri obținute din exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, și al caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări, precum și din alte venituri, inclusiv sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, în condițiile legii.

(2) Colectarea contribuțiilor datorate de persoanele care au calitatea de contribuabili/plătitori de venit la sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit art. 153 din Legea nr. 227/2015

, cu modificările și completările ulterioare, se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală, denumită în continuare ANAF, și organele fiscale subordonate acesteia, în contul unic deschis pe seama CNAS, cu respectarea dispozițiilor Legii nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală

, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare Codul de procedură fiscală, în condițiile legii.

(3) Competența de administrare a contribuțiilor datorate de persoanele prevăzute la alin. (2) revine ANAF. Prin administrarea contribuțiilor se înțelege ansamblul activităților prevăzute la art. 1 pct. 2 din Codul de procedură fiscală, desfășurate de organele fiscale.

(4) Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat, pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției, sunt puse la dispoziție în mod gratuit CNAS sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate pe bază de protocol, de către autoritățile, instituțiile publice și alte instituții care gestionează astfel de persoane.

(5) Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat, pentru categoriile de persoane care au calitatea de contribuabil la sistemul de asigurări sociale de sănătate prevăzute la alin. (2) sunt transmise CNAS de către ANAF.

(6) Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat sunt prelucrate cu respectarea Regulamentului (UE) 2016/679

al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)

, precum și a Legii nr. 190/2018

privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679

al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)

.

(1¹) Pentru situațiile în care nu au fost emise cardurile naționale de asigurări de sănătate și/sau pentru situațiile în care asigurații nu se regăsesc în baza de date electronică a CNAS, pentru

persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și pentru persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, dovada calității de asigurat se face pe baza documentelor necesare dovedirii calității de asigurat, prevăzute în normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat.

(la 07-12-2017 Articolul 223 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 6, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

*) Notă CTCE:

Conform articolului 2 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021, prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

NORMĂ 29/11/2018 din data 2018-11-29

ART. 2

Persoanele care au obligația plății contribuției, modul de stabilire, termenele de declarare și de plată ale contribuției, precum și persoanele fizice exceptate de la plata contribuției sunt prevăzute în Codul fiscal

.

ART. 3

Contribuția persoanelor asigurate se stabilește sub forma unei cote prevăzute de lege, aplicată asupra veniturilor prevăzute în Codul fiscal , la termenele și în condițiile Codului fiscal

.

CAP. II

Asigurați

ART. 4

(1) În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, potrivit Legii nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Codului fiscal

și prezentelor norme metodologice, sunt asigurați:

- a) toți cetățenii români cu domiciliul sau reședința în țară;
- b) cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România;
- c) cetățenii statelor membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și au obținut dreptul de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni;
- d) persoanele din statele membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier, și anume desfășoară o activitate salariată sau independentă în România, și care rezidă în alt stat membru în care se întoarce de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână.

(2) În cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. a)-d) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal, calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și dreptul la pachetul de bază se acordă de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

(3) În cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. a)-d) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b)-h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Codul fiscal, calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și dreptul la pachetul de bază se acordă de la data depunerii declarațiilor, prevăzute la art. 147 alin. (1) sau art. 174 alin. (3) din Codul fiscal

(4) În cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. a) și b) care se încadrează în categoria celor prevăzute la art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și dreptul la pachetul de bază se acordă de la data înregistrării în Platforma informatică din asigurările de sănătate, iar în situația nașterii sau decesului persoanei, efectele se produc de la data înregistrării evenimentului.

(5) Pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a)-d) care se încadrează în categoria celor care au calitatea de contribuabili la sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit Codului fiscal, și care nu au efectuat plata contribuției la fond la termenele prevăzute în aceeași lege, sumele restante se recuperează de către ANAF în condițiile legii, inclusiv obligațiile fiscale accesorii datorate pentru creanțele fiscale.

(6) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează:

a) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau reședință în România, precum și în condițiile art. 267 alin. (2),

(2¹) și (2²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz;

b) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. b), odată cu pierderea dreptului de ședere în România, precum și în condițiile art. 267 alin. (2),

(2¹) și (2²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz;

c) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. c), odată cu pierderea dreptului de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni, precum și în condițiile art. 267 alin. (2),

(2¹)

și (2²) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
d) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. d), odată cu pierderea calității de lucrător frontalier, precum și în condițiile art. 267 alin. (2)
și (2²) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

ART. 5

Prevederile art. 4 alin. (2)-(4) și alin. (6) lit. a) și b) se aplică, după caz, și în cazul străinilor beneficiari ai unei forme de protecție potrivit Legii nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6

(1) Persoanele asigurate în baza art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflate în întreținerea unei persoane asigurate, denumite în continuare coasigurați, își păstrează calitatea de asigurat și drepturile care decurg din aceasta numai în perioada în care persoana în a cărei întreținere se află are calitatea de asigurat.

(2) Persoanele coasigurate, prevăzute la alin. (1), precum și persoanele care au dobândit calitatea de asigurat în baza art. 224 alin. (1) lit. q) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, nu pot avea la rândul lor coasigurați.

(3) În înțelesul art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot coasigura:

- a) persoanele prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. d),
e), h), i), k), m) și n);
- b) persoanele care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155
, precum și persoanele prevăzute la art. 180 din Codul fiscal
;
- c) persoanele prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. a),
b), f), g), j), l), o) și p), în situația care se încadrează în categoria celor care datorează contribuția pentru veniturile prevăzute la art. 155
sau în categoria persoanelor prevăzute la art. 180 din Codul fiscal
.

CAP. III

Documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat

ART. 7

(1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România sunt, după caz:

a) cardul național de asigurări sociale de sănătate, în condițiile în care persoanele deținătoare se încadrează în una dintre categoriile de persoane asigurate potrivit legii și prezentelor norme metodologice;

b) documentul rezultat prin accesarea electronică de verificare a calității de asigurat potrivit art. 9 de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

c) *adeverința de asigurat, cu valabilitate de 3 luni, pentru asigurații care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național, eliberată prin grija casei de asigurări de sănătate la care este înscris asiguratul, în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 98/2015*

pentru aprobarea procedurii de eliberare, a modalității de suportare a cheltuielilor aferente producerii și distribuției cardului duplicat către asigurat, precum și a modalității de acordare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale până la eliberarea sau în cazul refuzului cardului național de asigurări sociale de sănătate;

d) *adeverința de asigurat, eliberată prin grija casei de asigurări de sănătate la care este înscris asiguratul, numai în situația în care cardul național de asigurări de sănătate nu a fost emis, respectiv până la data la care asiguratul intră în posesia acestuia, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data emiterii, doar dacă în urma accesării de către furnizori a instrumentului electronic prevăzut la lit. b) nu se poate face dovada calității de asigurat și sunt îndeplinite condițiile art. 8;*

e) *adeverința de înlocuire a cardului național, eliberată prin grija casei de asigurări de sănătate la care este înscris asiguratul, pentru situațiile în care se solicită emiterea cardului duplicat, în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 98/2015*

;

f) *certificatul de naștere sau actul de identitate, după caz, pentru copiii în vârstă de până la 18 ani;*

g) *adeverința eliberată de instituțiile din subordinea Ministerului Afacerilor Interne pentru persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii, din care să rezulte că se află în această situație;*

h) *adeverința eliberată de unitățile în grija cărora se află persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, respectiv persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate.*

(2) Documentul justificativ prevăzut la alin. (1) lit. g) și h) este valabil pe perioada în care persoanele sunt încadrate în categoria de asigurați prevăzută la art. 224 alin. (1) lit. j) și l) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Pentru copiii până la vârsta de 18 ani nu este necesară eliberarea unei adeverințe.

ART. 8

(1) *Adeverința de asigurat prevăzută la art. 7 alin. (1) lit. d) se eliberează pentru persoana care se află în una dintre următoarele situații:*

a) *a început activitatea în baza raporturilor de muncă/serviciu și solicită serviciile cuprinse în pachetul de bază până la data depunerii de către plătitorii de venituri din salarii și asimilate salariilor a Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate, prevăzute în Codul fiscal*

;

b) a depus declarația prevăzută la art. 174 alin. (3) din Codul fiscal și solicită serviciile cuprinse în pachetul de bază până la data transmiterii de către ANAF către CNAS a informațiilor necesare în vederea acordării calității de asigurat;
c) în alte situații justificate.

(2) Pentru persoanele prevăzute la alin. (1), adeverința de asigurat se eliberează de către casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana, potrivit fiecărei categorii de persoane, pe baza următoarelor documente:

a) pentru persoanele fizice prevăzute la alin. (1) lit. a), actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și adeverința de salariat eliberată de angajator, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice;

b) pentru persoanele fizice prevăzute la alin. (1) lit. b), actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și dovada că au depus Declarația unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice;

c) pentru persoanele fizice prevăzute la alin. (1) lit. c), actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și orice alt document prin care se atestă faptul că se încadrează în una dintre categoriile de persoane asigurate.

(3) Pentru persoanele care se află în incapacitate sau imposibilitate de a se deplasa la casa de asigurări, eliberarea adeverințelor se face prin corespondență, pe baza documentelor prevăzute la alin. (2), comunicate de aceste persoane în copie.

(4) Casele de asigurări au obligația de a îndeplini orice demers legal potrivit domeniului lor de competență, astfel încât accesul asiguraților la pachetul de servicii medicale de bază să nu fie împiedicat de procesul de eliberare a adeverințelor de asigurat.

(5) Modelul adeverinței de la art. 7 alin. (1) lit. d) este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice.

(6) Documentul prevăzut la art. 7 alin. (1) lit. d) are valabilitate pentru o perioadă de 30 de zile lucrătoare de la data eliberării.

ART. 9

Modalitatea electronică de verificare a calității de asigurat se face prin introducerea de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a codului numeric personal sau a codului de identificare din sistemul de asigurări sociale de sănătate al persoanei care necesită servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în câmpul „CNP“/„CIS“ din aplicația instalată pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>.

ART. 10

În situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, în vederea asigurării accesului liber la pachetul de servicii medicale de bază, furnizorii acordă persoanelor asigurate servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale pe baza documentelor prevăzute la art. 11 alin. (1), aferente fiecărei categorii de persoane.

ART. 11

(1) În cazul în care, ca urmare a verificării calității de asigurat potrivit art. 9, persoanele asigurate nu figurează în baza de date în una dintre categoriile de persoane asigurate, în vederea acordării calității de asigurat și a asigurării accesului liber la pachetul de servicii medicale de bază, depun la casele de asigurări de sănătate următoarele documente:

a) pentru tinerii cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și un document valabil din care să rezulte că au calitatea de elev sau student, avizat de instituția de învățământ; pentru absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dovada calității de asigurat se face cu un document valabil din care să rezulte că au absolvit studiile liceale;

b) pentru studentul-doctorand care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4-6 ore convenționale didactice pe săptămână: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, contractul în baza căruia desfășoară activități didactice în limita a 4-6 ore, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează și alte venituri asupra cărora se datorează contribuția potrivit Codului fiscal, adevărul eliberat de instituția de învățământ superior din care să rezulte că are calitatea de student-doctorand;

c) pentru persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și dovada că urmează modulul instruirii individuale;

d) pentru tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, care provin din sistemul de protecție a copilului: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, documentul care atestă că au fost incluși într-un sistem de protecție a copilului, un document eliberat de primăria din localitatea de domiciliu prin care să ateste că nu beneficiază de ajutor social în condițiile legii;

e) pentru soțul, soția și părinții aflați în întreținerea unei persoane asigurate: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, documente care să ateste relația de rudenie sau căsătoria cu persoana asigurată, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri proprii, precum și o declarație pe propria răspundere a persoanei asigurate prin care aceasta declară că are în întreținere persoana respectivă;

f) pentru beneficiarii ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999

privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000,

cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994

privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002

privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoașterii pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004

, cu modificările și completările ulterioare: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, documente doveditoare că se încadrează în una dintre categoriile de beneficiari ai acestor legi;

g) pentru persoanele cu handicap: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, și certificatul care atestă încadrarea într-un grad de handicap, original și copie;

h) pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, și adeverință medicală eliberată de medicul curant sau de medicul coordonator al programului de sănătate;

i) pentru femeile însărcinate sau lăuze: act de identitate valabil la data solicitării, original și copie, adeverință medicală, precum și certificatul de naștere al copilului - pentru lăuze;

j) pentru persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor art. 2

și 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010

privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011

, cu modificările și completările ulterioare: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, și decizia emisă de agențiile pentru plăți și inspecție socială județene și a municipiului București;

k) pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, decizia și/sau adeverința eliberate/eliberată de instituțiile care administrează bugetul asigurărilor pentru șomaj sau cuponul mandatului poștal de achitare a drepturilor, talonul de plată prin cont deschis la o unitate bancară din luna anterioară;

l) pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001

privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, și adeverința eliberată de primăria localității de domiciliu, din care să rezulte că acestea se încadrează în categoria persoanelor care au dreptul la ajutor social, în condițiile legii;

m) pentru persoanele care au calitatea de pensionari: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, cuponul mandatului poștal de achitare a drepturilor, talonul de plată prin cont curent personal deschis la o unitate bancară, din luna anterioară, sau decizia de pensionare, după caz, pentru situația în care nu s-a realizat plata pensiei. În cazul pierderii acestor documente sau până la dobândirea lor, calitatea de pensionar poate fi dovedită cu o adeverință eliberată de instituția plătitoare a pensiei;

n) pentru personalul monahal al cultelor recunoscute: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și adeverința eliberată de unitățile de cult;

o) pentru persoanele asigurate care realizează venituri din salarii sau asimilate acestora, asupra cărora se datorează contribuția potrivit Codului fiscal

: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și adeverința de salariat eliberată de angajator, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice;

p) pentru persoanele fizice care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b)-h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Codul fiscal

: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și dovada că au depus Declarația unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice;

q) pentru voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001

privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare: act de identitate valabil la data solicitării, precum și contractul de voluntariat, original și copie;

r) pentru persoanele cetățeni români care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni: actul de identitate valabil la data solicitării, original și copie, precum și adeverința eliberată de instituția care are în evidență aceste persoane;

s) pentru persoanele prevăzute la art. 4 alin. (1) lit. b)-d): documentul de identitate valabil la data solicitării (carte de identitate, pașaport, permis de ședere etc.), original și copie, precum și orice alt document prin care se atestă faptul că se încadrează în una din categoriile de persoane asigurate.

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a îndeplini orice demers, potrivit domeniului lor de competență, astfel încât persoanele prevăzute la alin. (1) să dobândească calitatea de asigurat și accesul la pachetul de servicii medicale de bază de la data depunerii documentelor.

(3) Pentru persoanele care se află în incapacitate sau imposibilitate de a se deplasa la casa de asigurări de sănătate, documentele prevăzute la alin. (1) pot fi transmise caselor de asigurări prin corespondență de către aceste persoane, în copie.

(4) Asiguratul are obligația să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați.

ART. 12

Casele de asigurări de sănătate, precum și furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu acestea nu pot solicita persoanelor asigurate alte documente decât cele prevăzute în prezentele norme metodologice.

ART. 13

(1) Evidența asiguraților la nivelul caselor de asigurări se realizează pe baza codului numeric personal sau a codului unic de identificare din sistemul de asigurări sociale de sănătate, prin Sistemul informatic unic integrat, cu asigurarea garanțiilor corespunzătoare drepturilor și libertăților persoanelor ale căror date cu caracter personal sunt prelucrate.

(2) Persoanelor străine cărora nu li s-a atribuit codul numeric personal de către organele de specialitate ale Ministerului Afacerilor Interne, dar care trebuie luate în evidență de către casele de asigurări, li se atribuie în acest sens un număr unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate (CIS), cu asigurarea garanțiilor corespunzătoare drepturilor și libertăților persoanelor ale căror date cu caracter personal sunt prelucrate.

(3) Pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (2), numărul unic de identificare se atribuie în baza documentelor prevăzute la art. 11 alin. (1) lit. s).

(4) Numărul unic de identificare menționat la alin. (2) se compune după următoarea formulă:
a) cuprinde 13 caractere numerice;

b) primul caracter este 1, 2, 3 sau 4, în funcție de sexul persoanei și de secol (1 - pentru persoane de sex masculin născute înainte de anul 2000, 2 - pentru persoane de sex feminin născute înainte de anul 2000, 3 - pentru persoane de sex masculin născute după anul 2000, 4 - pentru persoane de sex feminin născute după anul 2000);

c) următoarele două caractere reprezintă ultimele două cifre ale anului de naștere;

d) următoarele două caractere reprezintă luna nașterii;

e) următoarele două caractere reprezintă ziua nașterii;

f) următoarele două caractere reprezintă numărul de identificare al casei de asigurări;

g) următoarele 3 caractere reprezintă numărul de evidență al persoanei;

h) ultima cifră reprezintă cifra de control.

(5) Numărul de identificare al casei de asigurări este prevăzut în tabelul de mai jos.

Codul județului	Județul
53	Alba
54	Arad
55	Argeș
56	Bacău
57	Bihor
58	Bistrița
59	Botoșani
60	Brașov
62	Brăila
63	Buzău
64	Caraș-Severin
65	Cluj
66	Constanța
67	Covasna
68	Dâmbovița
69	Dolj
70	Galați
71	Gorj
72	Harghita
73	Hunedoara
74	Ialomița
75	Iași

76	Giurgiu
77	Maramureș
78	Mehedinți
79	Mureș
81	Neamț
82	Olt
83	Prahova
84	Satu Mare
85	Sălaj
86	Sibiu
87	Suceava
88	Teleorman
89	Timiș
90	Tulcea
91	Vaslui
92	Vâlcea
93	Vrancea
94	Călărași
95	București
96	Ilfov
97	CAS OPSNAJ

Exemplu:

Un cetățean din Republica Ungaria, bărbat și născut la 14 mai 1970, care își desfășoară activitatea la o firmă din România și care nu are domiciliul sau reședința în România, dar contribuie la fond ca urmare a activității desfășurate, trebuie luat în evidență de Casa de Asigurări de Sănătate Arad și va avea un număr de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate după cum urmează: 1700514540011.

ART. 14

Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

ANEXA NR. 1

la normele metodologice
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....
Nr. de înregistrare

ADEVERINȚĂ DE ASIGURAT

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna, CNP/CIS*
....., act de identitate seria nr., eliberat de la data de
....., cu domiciliul în, str. nr., bl., ap.,
sectorul/județul, este asigurat(ă) în sistemul de asigurări sociale de sănătate din
România, potrivit Legii nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și
beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază.

Eventualele sume restante datorate Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate
se recuperează de Agenția Națională de Administrare Fiscală în condițiile legii.

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de lună/luni de la data emiterii.

Valabilitatea prezentei adeverințe încetează de drept de la data la care persoana mai sus
menționată nu mai îndeplinește una dintre condițiile în baza cărora beneficia de asigurări sociale
de sănătate.

Președinte - director general,
.....

* CIS reprezintă numărul unic de identificare din sistemul de asigurări de sănătate, atribuit
de către casele de asigurări de sănătate, conform legii, persoanelor din statele membre ale Uniunii
Europene, Spațiului Economic European și din Confederația Elvețiană, care îndeplinesc condițiile
de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care
rezidă în alt stat membru în care se întorc, de regulă, zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână,
precum și coasiguraților (părinții/soțul/soția) aflați în întreținerea acestora, înscriindu-se cifrele
cu aliniere la dreapta.

ANEXA NR. 2

la normele metodologice

Denumirea angajatorului

Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică)

Nr. de înregistrare la registrul comerțului

Nr. de înregistrare din data de

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna, CNP/CIS*
....., act de identitate seria nr., eliberat de la data de
....., cu domiciliul în, str. nr., bl., ap.,
sectorul/județul, are calitatea de salariat începând cu data de

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii coasigurați
(soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. nume, prenume, CNP
2. nume, prenume, CNP
3. nume, prenume, CNP

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 30 de zile lucrătoare de la data emiterii.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte și complete.

Reprezentant legal,

.....

** CIS reprezintă numărul unic de identificare din sistemul de asigurări de sănătate, atribuit de către casele de asigurări de sănătate conform legii persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și din Confederația Elvețiană, care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc, de regulă, zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână, precum și coasiguraților (părinții/soțul/soția) aflați în întreținerea acestora, înscriindu-se cifrele cu aliniere la dreapta.*

(1²) Prevederile alin. (1¹) se aplică și în cazul persoanelor care au început activitatea în baza raporturilor de muncă/serviciu, dacă acestea solicită serviciile cuprinse în pachetul de bază până la data depunerii de către plătitorii de venituri din salarii și asimilate salariilor a Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate, prevăzute în Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.

(la 23-03-2018 Articolul 223 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 2, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

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

(3) Emiterea cardului electronic de asigurat se face numai prin sistemul informatic unic integrat al sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 224

(1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare:

a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;

(la 23-03-2018 Litera a) din Alineatul (1) , Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 3, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului;

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

d) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri,

republicat, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute în Legea recunoașterii pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi;

(la 03-09-2021 Litera d) din Alineatul (1) , Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 25, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

e) persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

f) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni;

g) femeile însărcinate și lăuzele;

h) persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare;

(la 23-03-2018 Litera h) din Alineatul (1) , Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 3, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

i) persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, în concediu pentru creșterea copilului potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare;

j) persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum și persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate;

(la 24-06-2022 Litera j) din Alineatul (1) , Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificată de Articolul X din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 87 din 23 iunie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 622 din 24 iunie 2022)

k) persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii;

l) persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;

m) persoanele fizice care beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

n) persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii, precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate intelectuală;

(la 23-03-2018 Litera n) din Alineatul (1) , Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 3, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

o) persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;

p) personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte.

q) voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(la 28-07-2018 Alineatul (1) din Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 1, Articolul IV din LEGEA nr. 198 din 20 iulie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 646 din 25 iulie 2018)

r) prestatorii casnici care utilizează și preschimbă în bani, potrivit legii, cel puțin 85 de tichete de activități casnice, lunar.

(la 01-01-2024 Alineatul (1) din Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de pct. 1 al art. 18 din LEGEA nr. 111 din 21 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 27 aprilie 2022)

s) donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, pentru o perioadă de 10 ani de la donare.

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 32, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

PROCEDURĂ 06/09/2018 din data 2018-09-06

1. Agenția Națională de Administrare Fiscală transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile cuprinse în declarațiile fiscale privind persoanele fizice care au calitatea de contribuabil la sistemul de asigurări sociale de sănătate și informațiile referitoare la declararea/achitarea contribuției, potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal , cu modificările și completările ulterioare.

2. Informațiile prevăzute la pct. 1 se transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vederea acordării calității de asigurat persoanelor fizice care depun/pentru care se depun declarațiile fiscale în care sunt înregistrate persoanele fizice care au calitatea de contribuabil la sistemul de asigurări sociale de sănătate.

3. Lista categoriilor de persoane fizice prevăzute la pct. 1 este prevăzută în anexa nr. 1.

4. După intrarea în vigoare a prezentului ordin, Agenția Națională de Administrare Fiscală transmite centralizat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile prevăzute la pct. 1, declarate începând cu anul 2018, după cum urmează:

a) zilnic, se transmit informațiile referitoare la persoanele înregistrate în formularul D112;

b) lunar, se transmit informațiile privind starea angajatorilor, care transmit informațiile prevăzute la lit. a), referitoare la data înregistrării, suspendării, precum și a încetării activității;

c) pentru perioada cuprinsă între 1 ianuarie 2018 - până la data intrării în vigoare a prezentului ordin, informațiile referitoare la persoanele fizice care realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b)-h)

și cele prevăzute la art. 180 din Codul fiscal

, care au depus declarațiile fiscale (D604/Declarație unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice, în continuare denumită Declarație unică, și D 605/Cerere de încetare a calității de persoană fizică fără venituri), se transmit în termen de 10 zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin;

d) după intrarea în vigoare a prezentului ordin, informațiile referitoare la persoanele care depun declarațiile fiscale (Declarație unică) se vor transmite zilnic.

5. Structura fișierului de raportare a informațiilor privind categoriile de persoane menționate la pct. 1 este prevăzută în anexa nr. 2.

6. Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite Agenției Naționale de Administrare Fiscală informațiile privind lista persoanelor fizice prevăzute la art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și la art. 154 din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal

, cu modificările și completările ulterioare, înregistrate în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din asigurările de sănătate pe categorii de asigurați.

7. Informațiile prevăzute la pct. 6 se transmit Agenției Naționale de Administrare Fiscală în vederea încadrării persoanelor fizice prevăzute la pct. 6 în categoria de persoane fizice exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal

, cu modificările și completările ulterioare.

8. Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite centralizat Agenției Naționale de Administrare Fiscală lunar, până la data de 25 a lunii următoare, lista persoanelor care se încadrează în categoriile menționate la pct. 6, înregistrate în Registrul unic de evidență a asiguraților din Platforma informatică din asigurările de sănătate la sfârșitul lunii anterioare.

9. Lista categoriilor de persoane fizice înregistrate în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din asigurările de sănătate, întocmită potrivit prevederilor art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și art. 154 din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal

, cu modificările și completările ulterioare, este prevăzută în anexa nr. 3.

10. Structura fișierului de raportare a informațiilor privind categoriile de persoane menționate la pct. 6 este prevăzută în anexa nr. 4.

11. În vederea exceptării de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate a categoriilor de persoane fizice prevăzute la pct. 6, Agenția Națională de Administrare Fiscală gestionează informațiile primite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru îndeplinirea obligațiilor care îi revin potrivit legii.

12. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza informațiilor primite de la Agenția Națională de Administrare Fiscală, potrivit pct. 1, înregistrează persoanele fizice cărora lea acordat calitatea de asigurat conform pct. 2 în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din asigurările sociale de sănătate pe categorii de asigurați, potrivit Legii nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

13. Agenția Națională de Administrare Fiscală și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au obligația respectării prevederilor referitoare la confidențialitatea, utilizarea și păstrarea datelor și informațiilor furnizate, conform prevederilor legale.

14. Prelucrarea datelor cu caracter personal ce constituie obiectul prezentului ordin se realizează în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și ale Legii nr. 190/2018

privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

15. Anexele nr. 1-4 fac parte integrantă din prezenta procedură.

ANEXA NR. 1

la procedură

LISTA

categoriilor de persoane fizice care au calitatea de contribuabil la sistemul de asigurări sociale de sănătate

și informațiile referitoare la declararea/achitarea contribuției, potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal

,

prevăzute la pct. 1 din procedură

Nr. crt.	Categorii de persoane fizice
	persoane fizice care realizează

1	venituri din salarii și asimilate salariilor, pentru care contribuția de asigurări sociale de sănătate se reține la sursă de către plătitorul de venituri și se declară în declarația formular D112, potrivit capitolului III al titlului V din Codul fiscal, precum și cei care beneficiază de indemnizații de asigurări sociale de sănătate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare
2	persoane fizice care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, pentru care contribuția de asigurări sociale de sănătate se reține la sursă de către plătitorul de venituri și se declară în declarația formular D112, potrivit capitolului III al titlului V din Codul fiscal
3	persoane fizice care realizează venituri din arendă pentru care contribuția de asigurări sociale de sănătate se reține la sursă de către plătitorul de venituri și se declară în declarația formular D112, potrivit capitolului III al titlului V din Codul fiscal
4	persoane fizice care realizează venituri din asocieri cu persoane juridice, contribuabili potrivit prevederilor titlului II și titlului III din Codul fiscal sau Legii nr. 170/2016 privind impozitul specific unor activități, pentru care contribuția de asigurări sociale de sănătate se reține la sursă de către plătitorul de venituri și se declară în declarația formular D112, potrivit capitolului III al titlului V din Codul fiscal
5	persoane fizice care realizează venituri în baza contractelor de activitate sportivă pentru care contribuția de asigurări sociale de sănătate se reține la sursă de către plătitorul de venituri și se declară în declarația formular D112, potrivit capitolului III al

	titlului V din Codul fiscal
6	persoane fizice care realizează venituri, peste nivelul plafonului minim, de natura celor prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b)-h) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, care depun Declarația unică
7	persoane fizice care realizează venituri, sub nivelul plafonului minim, de natura celor prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b)-h) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, care depun opțional Declarația unică
8	persoane fizice prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. b) din Codul fiscal, care nu realizează venituri asupra cărora se datorează contribuția și nu se încadrează în categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, care depun opțional Declarația unică
9	persoane care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare
10	persoane fizice care beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare
11	persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, declarate de Casa

	Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate subordonate
12	asigurați preluați de casele teritoriale de pensii de la unitățile în faliment, precum și persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale de către Casa Națională de Pensii Publice, prin casele teritoriale de pensii și de către casele sectoriale de pensii

ANEXA NR. 2

la procedură

Structura fișierului de raportare a informațiilor

privind categoriile de persoane menționate la pct. 1 din procedură

Structura fișierului pentru D112

SAN_ANGAJATOR

Cod	Denumire	Tip (lungime) câmp	Observații
ID_ANGAJATOR	Id angajator	NUMBER (20)	
D_REC	Declarație rectificativă	NUMBER(1)	
LUNA_R	Perioada de raportare - lună	NUMBER(2)	
AN_R	Perioada de raportare - an	NUMBER(4)	
CIF	Cod de identificare fiscală	NUMBER (13)	
DEN	Denumire sau nume și prenume	VARCHAR2 (200CHAR)	
RGCOM	Nr. înmatriculare la registrul comerțului	VARCHAR2 (14CHAR)	

CAEN	Cod CAEN	NUMBER (4)	
ADR_STR	Stradă	VARCHAR2 (200CHAR)	
ADR_NR	Număr	VARCHAR2 (20CHAR)	
ADR_BL	Bloc	VARCHAR2 (32CHAR)	
ADR_SC	Scară	VARCHAR2 (3CHAR)	
ADR_ET	Etaj	VARCHAR2 (10CHAR)	
ADR_AP	Apartament	VARCHAR2 (10CHAR)	
ADR_SECT	Sector	NUMBER (2)	
ADR_LOC	Localitate	VARCHAR2 (200CHAR)	
ADR_JUD	Județ	VARCHAR2 (30CHAR)	
ADR_TEL	Telefon	VARCHAR2 (15CHAR)	
EMAIL	E-mail	VARCHAR2 (200CHAR)	
CASAANG	Casa de asigurări de sănătate a angajatorului	VARCHAR2 (2CHAR)	
NZL	Număr zile lucrătoare	NUMBER (2)	
B_SANATATE	Număr de asigurați concedii și indemnizații	NUMBER (6)	
B_BRUTSALARII	Total fond de salarii brute	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
C2_11	Nr. cazuri - incapacitate temporară	NUMBER (6)	
C2_12	Total zile prestații - incapacitate temporară	NUMBER (5)	
	Zile prestații		

C2_13	suportate de angajator - incapacitate temporară	NUMBER (5)	
C2_14	Zile prestații suportate din FNUASS - incapacitate temporară	NUMBER (5)	
C2_15	Sumă suportată de angajator - incapacitate temporară	NUMBER (15)	
C2_16	Sumă suportată de FNUASS - incapacitate temporară	NUMBER (15)	
C2_21	Nr. cazuri - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (6)	
C2_22	Total zile prestații - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (5)	
C2_24	Zile prestații suportate din FNUASS - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (5)	
C2_26	Sumă suportată de FNUASS - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (15)	
C2_31	Nr. cazuri - sarcină și lăuzie	NUMBER (6)	
C2_32	Total zile prestații - sarcină și lăuzie	NUMBER (5)	
C2_34	Zile prestații suportate din FNUASS - sarcină și lăuzie	NUMBER (5)	
C2_36	Sumă suportată de FNUASS - sarcină și lăuzie	NUMBER (15)	
C2_41	Nr. cazuri - îngrijire	NUMBER (6)	

	<i>copil bolnav</i>		
<i>C2_42</i>	<i>Total zile prestații - îngrijire copil bolnav</i>	<i>NUMBER (5)</i>	
<i>C2_44</i>	<i>Zile prestații suportate din FNUASS - îngrijire copil bolnav</i>	<i>NUMBER (5)</i>	
<i>C2_46</i>	<i>Sumă suportată de FNUASS - îngrijire copil bolnav</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>C2_51</i>	<i>Nr. cazuri - risc maternal</i>	<i>NUMBER (6)</i>	
<i>C2_52</i>	<i>Total zile prestații - risc maternal</i>	<i>NUMBER (5)</i>	
<i>C2_54</i>	<i>Zile prestații suportate din FNUASS - risc maternal</i>	<i>NUMBER (5)</i>	
<i>C2_56</i>	<i>Sumă suportată de FNUASS - risc maternal</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>C2_T6</i>	<i>Total - sumă suportată de angajator pentru concedii și indemnizații</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>C2_7</i>	<i>Total contribuții pentru concedii și indemnizații calculate la fond salarii</i>	<i>NUMBER (15)</i>	<i>Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018</i>
<i>C2_9</i>	<i>Total contribuții datorate pentru concedii și indemnizații</i>	<i>NUMBER (15)</i>	<i>Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018</i>
<i>C2_10</i>	<i>Total cuantum prestații de suportat din bugetul FNUASS pentru concedii și indemnizații</i>	<i>NUMBER (15)</i>	

C2_110	Total sumă recuperată de angajator din contribuția lunii curente	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
C2_120	Total sumă de virat la FNUASS pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
C2_130	Total sumă rămasă de recuperat de la FNUASS pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
C3_SUMA	Total - sumă suportată din FAMBP	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
D2	Număr de asigurați (concedii și indemnizații)	NUMBER (6)	
D4	Număr de asigurați pentru care angajatorul datorează contribuții de asigurări sociale	NUMBER (15)	
E2_8	Total contribuții concedii și indemnizații datorate pentru indemnizațiile suportate de FAMBP	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_9	Total contribuții datorate pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_11	Nr. cazuri - incapacitate temporară	NUMBER (6)	
	Total zile		

E2_12	prestații - incapacitate temporară	NUMBER (5)	
E2_14	Zile prestații suportate din FNUASS - incapacitate temporară	NUMBER (5)	
E2_16	Sumă suportată de FNUASS - incapacitate temporară	NUMBER (15)	
E2_21	Nr. cazuri - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (6)	
E2_22	Total zile prestații - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (5)	
E2_24	Zile prestații suportate din FNUASS - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (5)	
E2_26	Sumă suportată de FNUASS - prevenire îmbolnăvire	NUMBER (15)	
E2_31	Nr. cazuri - sarcină și lăuzie	NUMBER (6)	
E2_32	Total zile prestații - sarcină și lăuzie	NUMBER (5)	
E2_34	Zile prestații suportate din FNUASS - sarcină și lăuzie	NUMBER (5)	
E2_36	Sumă suportată de FNUASS - sarcină și lăuzie	NUMBER (15)	
E2_41	Nr. cazuri - îngrijire copil bolnav	NUMBER (6)	
E2_42	Total zile prestații - îngrijire copil bolnav	NUMBER (5)	

E2_44	Zile prestații suportate din FNUASS - îngrijire copil bolnav	NUMBER (5)	
E2_46	Sumă suportată de FNUASS - îngrijire copil bolnav	NUMBER (15)	
E2_51	Nr. cazuri - risc maternal	NUMBER (6)	
E2_52	Total zile prestații - risc maternal	NUMBER (5)	
E2_54	Zile prestații suportate din FNUASS - risc maternal	NUMBER (5)	
E2_56	Sumă suportată de FNUASS - risc maternal	NUMBER (15)	
E2_66	Total - sumă suportată de FNUASS	NUMBER (15)	
E2_120	Total sumă de virat la FNUASS pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_130	Total sumă rămasă de recuperat de la FNUASS pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E3_SUMA	Total - sumă suportată din FAMBP	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 01.01.2018
NR_INREG	Nr. înregistrare	VARCHAR2 (30CHAR)	
DATA_INREG	Data înregistrare	DATE	
NUME_DECLARANT	Nume declarant	VARCHAR2 (75CHAR)	
FUNCTIE_DECLARANT	Funcție declarant	VARCHAR2 (75CHAR)	

EXPORTAT	exportat	VARCHAR2 (1CHAR)	Default 'N'
LOT	lot	VARCHAR2 (20CHAR)	
C2_8	Total contribuții concedii și indemnizații datorate pentru indemnizațiile suportate de FAMBP	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_7	Total contribuții pentru concedii și indemnizații calculate la total indemnizații	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_110	Total sumă recuperată de instituția asimilată angajatorului din contribuția lunii curente	NUMBER (15)	Pentru situațiile anterioare datei de 1.01.2018
E2_10	Total quantum prestații de suportat din bugetul FNUASS pentru concedii și indemnizații	NUMBER (15)	
CIFS	Cod de identificare succesor	NUMBER (13)	

SAN_ASIGURAȚI

Cod	Denumire	Tip (lungime) câmp	Observații
ID_ASIGURATI	Identificator asigurat	NUMBER (20)	NOT NULL
ID_ANGAJATOR	Identificator angajator	NUMBER (20)	NOT NULL

CNP_ASIG	CNP asigurat	NUMBER (13)	
NUME_ASIG	Nume asigurat	VARCHAR2 (75CHAR)	
PREN_ASIG	Prenume asigurat	VARCHAR2 (75CHAR)	
DATA_ANG	Data intrare în categoria de asigurat	DATE	
DATA_SF	Data ieșire din categoria de asigurat	DATE	
CASA_SN	Casa de asigurări de sănătate a asiguratului	VARCHAR2 (2CHAR)	
TIP_C1	Tip coasigurat 1	VARCHAR2 (1CHAR)	
CNP1	CNP coasigurat 1	NUMBER (13)	
NUME1	Nume coasigurat 1	VARCHAR2 (75CHAR)	
PRENUME1	Prenume coasigurat 1	VARCHAR2 (75CHAR)	
TIP_C2	Tip coasigurat 2	VARCHAR2 (1CHAR)	
CNP2	CNP coasigurat 2	NUMBER (13)	
NUME2	Nume coasigurat 2	VARCHAR2 (75CHAR)	
PRENUME2	Prenume coasigurat 2	VARCHAR2 (75CHAR)	
TIP_C3	Tip coasigurat 3	VARCHAR2 (1CHAR)	
CNP3	CNP coasigurat 3	NUMBER (13)	
NUME3	Nume coasigurat 3	VARCHAR2 (75CHAR)	
PRENUME3	Prenume coasigurat 3	VARCHAR2 (75CHAR)	
A_1	Tip asigurat din punctul de vedere al contractului de	NUMBER(2)	

	<i>muncă</i>		
<i>A_11</i>	<i>Bază contribuție individuală sănătate</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>A_12</i>	<i>Contribuție individuală sănătate</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B11_3</i>	<i>Angajator - sumă pentru care se beneficiază de scutire la sănătate</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B11_6</i>	<i>Asigurat - sumă pentru care se beneficiază de scutire la sănătate</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B3_9</i>	<i>Bază de calcul al CAS aferente indemnizațiilor (conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005) - asigurat</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B3_10</i>	<i>Sumă prestații de asigurări sociale suportate de angajator (conform Legii nr. 346/2002)</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B3_12</i>	<i>Total indemnizație sănătate suportată de angajator (conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005)</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B3_13</i>	<i>Total indemnizație sănătate suportată din FNUASS</i>	<i>NUMBER (15)</i>	
<i>B4_1</i>	<i>Total zile lucrate</i>	<i>NUMBER (2)</i>	
	<i>Baza</i>		

B4_5	contribuție individuală la sănătate	NUMBER (15)	
B4_6	Contribuție individuală la sănătate	NUMBER (15)	
C_1	Tip asigurat raportat de entități asimilate angajatorului	NUMBER (2)	
C_4	Prestații pentru accidente de muncă	NUMBER (15)	
C_8	Bază contribuție individuală la sănătate	NUMBER (15)	
C_9	Contribuție individuală la sănătate	NUMBER (15)	
EXPORTAT	Exportat	VARCHAR2 (1CHAR)	DEFAULT 'N'
LOT	Lot	VARCHAR2 (20CHAR)	
B1_1	Tip asigurat din punctul de vedere al contractului de muncă	NUMBER (2)	
CIS_ASIG	Cod de identificare la sănătate	NUMBER (13)	

SAN_CERTIFICATE

Cod	Denumire	Tip (lungime) câmp	Observații
ID_CERT	Identificator certificat	NUMBER (20)	NOT NULL
ID_ASIGURATI	Identificator asigurați	NUMBER (20)	NOT NULL
D_1	Seria certificatului de	VARCHAR2 (5CHAR)	

	<i>concediu medical</i>		
<i>D_2</i>	<i>Numărul certificatului de concediu medical</i>	<i>VARCHAR2 (10CHAR)</i>	
<i>D_3</i>	<i>Seria certificatului de concediu medical inițial</i>	<i>VARCHAR2 (5CHAR)</i>	
<i>D_4</i>	<i>Numărul certificatului de concediu medical inițial</i>	<i>VARCHAR2 (10CHAR)</i>	
<i>D_5</i>	<i>Data acordării certificatului medical</i>	<i>DATE</i>	<i>Format zz.ll.aaaa</i>
<i>D_6</i>	<i>Data început valabilitate concediu medical</i>	<i>DATE</i>	
<i>D_7</i>	<i>Data încetare valabilitate concediu medical</i>	<i>DATE</i>	
<i>D_8</i>	<i>Codul numeric personal al copilului/Cod unic de identificare din sistemul de asigurări de sănătate</i>	<i>NUMBER (13)</i>	
<i>D_9</i>	<i>Codul indemnizației notat pe certificatul de concediu medical</i>	<i>VARCHAR2 (2CHAR)</i>	
<i>D_10</i>	<i>Locul de prescriere a certificatului medical</i>	<i>DATE</i>	
<i>D_11</i>	<i>Cod urgență medico-chirurgicală</i>	<i>VARCHAR2 (3CHAR)</i>	
<i>D_12</i>	<i>Cod boală infecțiocontagioasă grupa A</i>	<i>VARCHAR2 (2CHAR)</i>	
<i>D_13</i>	<i>Numărul avizului medicului expert</i>	<i>VARCHAR2 (10CHAR)</i>	
<i>D_14</i>	<i>Zile prestații (zile lucrătoare) suportate de angajator</i>	<i>NUMBER(2)</i>	
<i>D_15</i>	<i>Zile prestații (zile lucrătoare) suportate de FNUASS</i>	<i>NUMBER(2)</i>	

D_16	Total zile prestații (zile lucrătoare) aferente concediului medical	NUMBER (2)	
D_17	Sumă venituri ultimele 6 luni	NUMBER (6)	
D_18	Număr de zile aferente veniturilor din ultimele 6 luni	NUMBER (3)	
D_19	Media zilnică a bazei de calcul	NUMBER (104)	
D_20	Indemnizație sănătate suportată de angajator	NUMBER (18)	
D_21	Indemnizație sănătate suportată din FNUASS	NUMBER (18)	
EXPORTAT	Exportat	VARCHAR2 (1CHAR)	
LOT	Lot	VARCHAR2 (20CHAR)	
D_22	Data aviz direcția de sănătate publică	DATE	
D_23	Cod boală	VARCHAR2 (3CHAR)	

SAN_CONTRACTE

Cod	Denumire	Tip (lungime) câmp	Observații
ID_CONTR	Identificator	NUMBER (20)	NOT NULL
ID_ASIGURATI	Identificator asigurat	NUMBER (20)	NOT NULL
B1_1	Tip asigurat din punctul de vedere al contractului de muncă	NUMBER (2)	
B1_12	Desființat	NUMBER (15)	

EXPORTAT	Exportat	VARCHAR2 (1CHAR)	DEFAULT 'N'
LOT	lLot	VARCHAR2 (20CHAR)	

SAN_CREANTE

<i>Cod</i>	<i>Denumire</i>	<i>Tip (lungime) câmp</i>	<i>Observații</i>
ID_CRE	Identificator creanțe	NUMBER (20)	NOT NULL
ID_ANGAJATOR	Identificator angajator	NUMBER (20)	NOT NULL
A_CODOBLIG	Cod obligație	NUMBER(3)	
A_DATORAT	Sumă datorată	NUMBER (15)	
A_DEDUCTIBIL	Sumă deductibilă	NUMBER (15)	
A_PLATA	Sumă de plată	NUMBER (15)	
EXPORTAT	Exportat	VARCHAR2 (1CHAR)	DEFAULT 'N'
LOT	Lot	VARCHAR2 (20CHAR)	

Structura fișierului de raportare a informațiilor privind înregistrarea/suspendarea/încetarea activității fiscale a angajatorilor

<i>Nr. crt.</i>	<i>Cod</i>	<i>Denumire câmp</i>	<i>Tip și lungime câmp</i>	<i>Observații</i>
1.	CUI/CNP	Cod fiscal/ Cod numeric personal	N(13)	
2.	Den_ang	Denumire angajator	C(200)	
				De exemplu: SRL, SA etc. (din nomenclator)

3.	Tip_org	Tip organizatoric	C(10)	- pentru persoane fizice și „publici” se va folosi marcaj PF, respectiv PUB
4.	Jud	Județ sediu social angajator	N(2)	
5.	Data_in	Data de începere a activității fiscale a angajatorului	Data	
6.	Data_out	Data de sistare a activității fiscale a angajatorului	Data	
7.	Tip_impozit	Tipul impozitului	N(3)	De exemplu: 602 (nomenclator - salarii)...
8.	Data_i_imp	Data început tip impozit	DATE	
9.	Data_sf_imp	Data sfârșit tip impozit	DATE	

Structura fișierului pentru Declarația unică pentru an >= 2018
DUF_SAN

Nr. crt.	Elemente/attribute	Denumire câmp	Tip și lungime câmp	Câmp obligatoriu	Observații
	<Declarație unică>				
1.	luna_r	Perioada de raportare - lună	N(2)	DA	
2.	an_r	Perioada de raportare - an	N(4)	DA	
3.	Data_depunere	Data depunere declarație/	DATE	DA	

		înregistrare			
4.	Nr_inreg	Număr înregistrare ANAF	N(20)	DA	
5.	d_rec	Bifă - declarație rectificativă	N(1)	DA	
6.	Rectif2	Tip rectificare (se rectifică doar cap. 21, cap. 22, cap. 23, Declarație unică_oblig, produse)	N(1)		
7.	nume_c	Nume	C(75)	DA	
8.	prenume_c	Prenume	C(75)	DA	
9.	judet_c	Județ	C(2)	DA	Se va exporta județul de domiciliu din baza de date a ANAF.
10.	Cif	Cod numeric personal/ Număr de identificare fiscală din România	N(13)	DA	
11.	Nerezident	Bifă - nerezident	N(1)	DA	
12.	Secventa	Index declarație			
	<Declarație unică>				

DUF_SAN_CAP211

	<cap21>	0-n apariții (A + B)			
13.	Id_cap21	Index rând			Pentru cazul în care există mai multe înregistrări

				la același CNP
14.	Secventa	Index		
				1001 - Venituri din activități de producție, comerț, prestări servicii 1002 - Venituri din profesii liberale 1003 - Venituri din drepturi de proprietate intelectuală 1009 - Venituri din activități agricole 1010 - Venituri din silvicultură 1011 - Venituri din piscicultură 1004 - Venituri din cedarea folosinței bunurilor calificată în categoria venituri din activități independente 1005 - Venituri din cedarea folosinței bunurilor, sub 5 contracte de închiriere, inclusiv 1006 - Venituri din cedarea folosinței bunurilor, în scop turistic
15.	estr_categ_venit	Categoria de venit	N(4)	DA
16.	estr_data_incep	Data începerii activității (zz.ll.aaaa)	D (10)	

17.	estr_data_sf	Data încetării activității (zz.ll.aaaa)	D (10)		
	</cap21>				

DUF_SAN_CAP212

	<cap22>	0-n apariții (A + B + fișa)			
18.	Id_cap22	Index rând			Pentru cazul în care există mai multe înregistrări la același C.N.P.
19.	Secventa	Index			
20.	estn_categ_venit	Categoria de venit	N(4)	DA	1001 - Venituri din activități de producție, comerț, prestări servicii 1007 - Venituri din cedarea folosinței bunurilor, în scop turistic, sub 5 camere, inclusiv 1008 - Venituri din cedarea folosinței bunurilor, în scop turistic, peste 5 camere
21.	estn_data_incep	Data începerii activității (zz.ll.aaaa)	D (10)		
		Data			

22.	estn_data_sf	încetării activității (zz.ll.aaaa)	D (10)		
	</cap22>				

DUF_SAN_CAP213

	<cap23>	0-n apariții (A + B + produse)			
23.	Id_cap23	Index rând			
24.	Secventa	Index			
25.	Categ_agr_nv		N (4)	DA	Se completează cu: 1009 - Venituri din activități agricole
	</cap23>				

DUF_SAN_CAP222

	<Declarație unică - oblig>				
26.	Secventa	index			
27.	Categ_FV	Categorie	N (4)	DA	Dacă cass_bifa plafon = 3, se completează cu codul de categorie stabilit pentru persoanele fără venit (9999).
		- Venituri peste plafon minim - Venituri sub			1 = venituri peste plafon

28.	Cass_bifa_plafon	plafon minim și optare pentru plata CASS - Persoană fără venituri care optează pentru plata CASS Cass_bifa_plafon = 1, 2, 3	N (1)	minim 2 = venituri sub plafon cu optare plată CASS 3 = fără venituri cu optare plată CASS
	</Declarație unică_oblig>			
	</Declarație unică>			

Structura fișierului pentru Declarația 604/605

Nr. crt.	Cod	Denumire câmp	Tip și lungime câmp	Observații
1.	an_r	Anul de raportare	N(4)	
2.	luna_r	Luna de raportare	N(2)	
3.	Cnp	Cod numeric personal	N(13)	
4.	cod_jud	Cod județ	N(2)	
5.	Categ	Categorie	C(10)	Denumire categorie: FV604 sau F605
6.	Data_dep	Data depunere declarație D604/D605 (zz.ll.aaaa)	D(10)	
7.	Nr_lot	Număr lot	N(6)	

ANEXA NR. 3

la procedură

LISTA

persoanelor fizice prevăzute la art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

*privind reforma în domeniul sănătății,
 înregistrate în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din
 asigurările de sănătate
 pe categorii de asigurați, prevăzute la pct. 6 din procedură*

100	copiii până la vârsta de 18 ani
102	tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți
103	tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri asupra cărora se datorează contribuția sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare
104	studenții-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare
108	persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare
109	femeile însărcinate și lăuzele
110	bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni
107.1	persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri,

	republicat, cu modificările și completările ulterioare
107.2	persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare
107.3	persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare
107.4	persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare
107.5	persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare
302	persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, respectiv persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate
	persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea

304	returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii
308	persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni
309	personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte
314	persoanele fizice care au calitatea de pensionari cu venituri din pensii care nu se încadrează la categoria „Pensionar de invaliditate”
315	persoanele fizice care au calitatea de pensionari cu venituri din pensii de invaliditate
106	soțul, soția și părinții fără venituri proprii aflați în întreținerea unei persoane asigurate
303	persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii
112	voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare

la procedură
Structura fişierului de raportare a informaţiilor
privind categoriile de persoane menţionate la pct. 6 din procedură

Nr. crt.	Nume	Tip (lungime) câmp	Semnificaţie
1	SURSA	varchar2 (10)	CNAS
2	JUDET_SURSA	varchar2 (2)	Cod judeţ care a transmis datele
3	DATA_RAPORTARE	date	Data când au fost extrase datele de la sursă
4	AN_RAPORTARE	number(4)	Anul pentru care se face raportarea
5	LUNA_RAPORTARE	number(2)	Luna pentru care se face raportarea
6	COD_CATEGORIE	varchar2 (10)	Cod al categoriei în care este încadrată persoana în luna şi anul de apartenenţă la categoria menţionată
7	AN_APARTENENTA_CATEGORIE	number(4)	Anul în care persoana este încadrată în categoria menţionată
8	LUNA_APARTENENTA_CATEGORIE	number(2)	Luna în care persoana este încadrată în categoria menţionată
9	CNP	varchar2 (13)	Cod numeric personal

(1¹) Persoanele care au dobândit calitatea de asigurat în baza alin. (1) lit. c), q) și r) nu pot avea la rândul lor coasigurați.

(la 01-01-2024 Alineatul (1¹) din Articolul 224 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de pct. 2 al art. 18 din LEGEA nr. 111 din 21 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 402 din 27 aprilie 2022)

(2) Categoriile de persoane care nu sunt prevăzute la alin. (1) au obligația să se asigure potrivit prezentei legi și să plătească contribuția la asigurările sociale de sănătate în condițiile Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.

(la 01-01-2018 Articolul 224 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

NORMĂ 29/11/2018 din data 2018-11-29

ART. 6

(1) Persoanele asigurate în baza art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflate în întreținerea unei persoane asigurate, denumite în continuare coasigurați, își păstrează calitatea de asigurat și drepturile care decurg din aceasta numai în perioada în care persoana în a cărei întreținere se află are calitatea de asigurat.

(2) Persoanele coasigurate, prevăzute la alin. (1), precum și persoanele care au dobândit calitatea de asigurat în baza art. 224 alin. (1) lit. q) din Legea nr. 95/2006 , republicată, cu modificările și completările ulterioare, nu pot avea la rândul lor coasigurați.

(3) În înțelesul art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot coasigura:

- a) persoanele prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. d),*
- e), h), i), k), m) și n);*
- b) persoanele care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 , precum și persoanele prevăzute la art. 180 din Codul fiscal ;*
- c) persoanele prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. a),*
- b), f), g), j), l), o) și p), în situația care se încadrează în categoria celor care datorează contribuția pentru veniturile prevăzute la art. 155 sau în categoria persoanelor prevăzute la art. 180 din Codul fiscal*

.

ART. 225

(1) Următoarele categorii de persoane sunt scutite de la coplată și beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 224, după cum urmează:

- a) copiii până la vârsta de 18 ani;
- b) tinerii între 18 ani și 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenții;
- c) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
- d) persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;
- e) toate femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară, pentru toate serviciile medicale;
- f) persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane;
- g) persoanele reținute, arestate sau deținute, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, care se află în centrele de reținere și arestare preventivă.
- h) donatorii de celule stem hematopoietice care sunt identificați ca fiind compatibili cu un pacient neînrudit sau înrudit, pentru evaluarea medicală finală în vederea donării, donare și monitorizarea postdonare, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse.

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 225 , Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 33, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2) Persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), e) și f) sunt scutite de la coplată și beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 224 și în cazul în care nu dețin cod numeric personal, în termen de maximum un an de zile de la data primei prezentări la furnizorul de servicii medicale.

PROCEDURĂ 01/09/2023 din data 2023-09-01

ART. 1

În aplicarea prevederilor art. 225 alin. (2)-(4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale prezentei proceduri, termenii și expresiile de mai jos au următorul înțeles:

- a) furnizori de servicii medicale - persoanele fizice sau juridice autorizate, evaluate sau, după caz, acreditate/înscrise în procesul de acreditare pentru a furniza servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, potrivit art. 221 alin. (1) lit. b)

*și art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare;*

*b) persoane care nu dețin cod numeric personal - persoanele a căror naștere nu a fost înregistrată în registrele de stare civilă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 119/1996
cu privire la actele de stare civilă, republicată, cu modificările și completările ulterioare;*

c) reprezentant al furnizorului de servicii medicale - persoana care desfășoară activitate într-o formă legală prevăzută de lege la furnizorul de servicii medicale, care intră în legătură cu persoanele care nu dețin cod numeric personal în virtutea atribuțiilor de serviciu;

*d) servicii publice de asistență socială - serviciile organizate potrivit dispozițiilor Legii asistenței sociale nr. 292/2011
, cu modificările și completările ulterioare;*

*e) victimă a traficului de persoane - persoana care are acest statut potrivit prevederilor Mecanismului național
de identificare și referire a victimelor traficului de persoane, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 88/2023*

.

ART. 2

Furnizorii de servicii medicale acordă servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a)

, e)

și f) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și în cazul în care nu dețin cod numeric personal, dar nu mai mult de un an de zile de la data primei prezentări la oricare dintre aceștia, în condițiile stabilite de prezenta procedură.

ART. 3

(1) Persoanele prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a)

, e)

și f) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare, care nu dețin cod numeric personal, beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate dacă la prezentarea la furnizorul de servicii medicale declară pe propria răspundere, potrivit modelului declarației prevăzut în anexa nr. 1:

a) că nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă;

b) dacă au mai fost sau nu luate anterior în evidență de către un furnizor de servicii medicale, sub aceeași identitate sau sub o altă identitate.

(2) În cazul în care persoanele prevăzute la alin. (1) declară că s-au mai prezentat anterior în fața unui furnizor de servicii medicale, acestora li se solicită să indice furnizorul de servicii medicale la care s-au prezentat, identitatea sub care s-au prezentat, precum și data primei prezentări.

(3) În cazul copilului cu vârsta de până la 14 ani sau al persoanei cu handicap, declarația prevăzută la alin. (1) se completează de reprezentantul serviciului public de asistență socială sau

de persoana majoră care îi însoțește, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2, dacă aceasta din urmă deține un document de identitate valabil.

(4) În cazul în care copilul cu vârsta de până la 14 ani sau persoana cu handicap nu este însoțită de către reprezentantul serviciului public de asistență socială/o persoană majoră care deține un document de identitate valabil, precum și în cazul în care persoana solicitantă se află în imposibilitatea de a completa declarația, reprezentantul furnizorului de servicii medicale completează un formular, conform modelului prevăzut în anexa nr. 3, pe baza informațiilor furnizate de acestea.

(5) În cazul în care persoanele prevăzute la alin. (1) dețin asupra lor documente de orice fel care conțin date referitoare la propria identitate, reprezentantul furnizorului de servicii medicale realizează fotocopii de pe acestea, precum și după documentul de identitate al persoanei majore care le însoțește, după caz, pe care le atașează declarației sau formularului, prevăzut în anexele nr. 1-3, după caz.

(6) Dacă persoana care nu deține cod numeric personal se află în situația prevăzută la art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale anunță organele de poliție și, după caz, serviciul public de asistență socială în a cărui rază teritorială își desfășoară activitatea furnizorul.

ART. 4

(1) În vederea constituirii și păstrării evidenței persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit.

a)

, e)

și f) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare, care nu dețin cod numeric personal, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, creează, administrează și pune la dispoziția furnizorilor de servicii medicale, cu titlu gratuit, o aplicație informatică ce permite înregistrarea acestora în sistemul informatic unic integrat, denumit în continuare SIUI.

(2) La înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (1) în SIUI, aplicația informatică generează un cod unic de identificare format din 13 cifre (algoritm: regresie polinomială), în secvență prestabilită, diferit de structura codului numeric personal, bazat pe un algoritm derivat din nume de familie, prenume, data nașterii, sex, localitatea nașterii, cetățenie, numărul și data declarației/formularului prevăzute/prevăzut la art. 3.

(3) Până la înregistrarea nașterii și atribuirea codului numeric personal, evidența persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a)

, e)

și f) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare, care solicită servicii medicale se ține în aplicația prevăzută la alin. (1) de către CNAS.

(4) CNAS transmite trimestrial Direcției Generale pentru Evidența Persoanelor, denumită în continuare DGEP, informații extrase din aplicația prevăzută la alin. (1) cu privire la identitatea prezumată a fiecărei persoane aflate în evidența prevăzută la alin. (1), inclusiv date cu privire la județul, localitatea și autoritatea competentă sesizată cu gestionarea procedurii de înregistrare tardivă a nașterii.

ART. 5

(1) Înainte de acordarea de servicii medicale persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a)
, e)

și f) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare, care nu dețin cod numeric personal, furnizorul de servicii medicale verifică în SIUI dacă acestea au mai fost înregistrate în sistem și dacă le-a fost atribuit codul unic de identificare.

(2) În cazul în care persoana este identificată în SIUI, furnizorul prestează serviciile medicale, pe baza datelor existente, numai dacă sunt acordate în termenul prevăzut la art. 2, cu excepția situației în care, în acest interval de timp, nașterea a fost înregistrată în registrele de stare civilă, conform legii, sau datele de identificare ale persoanei în cauză se regăsesc în Registrul național de evidență a persoanelor, denumit în continuare RNEP, după caz.

(3) În cazul în care, în urma verificării prevăzute la alin. (1), se constată că persoana nu a mai fost înregistrată anterior în SIUI, furnizorul de servicii medicale procedează la înregistrarea acesteia, pe baza datelor de identificare, potrivit declarației/ formularului și datei primei prezentări la furnizorul de servicii medicale, atribuindu-i codul unic de identificare prevăzut la art. 4 alin. (2). Persoanei înregistrate i se înmânează un extras din aplicația informatică cu datele de identificare înregistrate în aplicație, care se prezintă furnizorilor de servicii medicale ori de câte ori persoanei i se acordă servicii medicale, în condițiile prevăzute la alin. (2).

(4) În urma înregistrării în SIUI a persoanei care nu deține cod numeric personal, furnizorul de servicii medicale transmite în fotocopie toate documentele menționate la art. 3 alin. (4), după caz, precum și extrasul prevăzut la alin. (3), serviciului public comunitar de evidență a persoanelor în a cărui rază de competență își are sediul, în vederea verificării și identificării persoanei în RNEP.

ART. 6

(1) După primirea documentelor prevăzute la art. 5 alin. (4), serviciul public comunitar de evidență a persoanelor efectuează verificări în RNEP și transmite furnizorului de servicii medicale în termen de 10 zile de la data înregistrării solicitării, după caz:

a) numele de familie, prenumele, codul numeric personal, seria și numărul documentului de identitate și, dacă există, adresa de domiciliu/reședință, în cazul în care datele de identitate ale persoanei în cauză se regăsesc în RNEP;

b) o adeverință care atestă faptul că datele de identitate ale persoanei în cauză nu se regăsesc în RNEP.

(2) În cazul persoanei neînregistrate în RNEP, serviciul public comunitar de evidență a persoanelor sesizează DGEP, anexând în fotocopie toate documentele prevăzute la art. 3 alin. (4), după caz, precum și extrasul prevăzut la art. 5 alin. (3).

(3) În cazul sesizării în condițiile alin. (2), DGEP dispune verificarea stadiului procedurii de înregistrare tardivă a nașterii, inițiată pentru înregistrarea persoanei în cauză.

(4) Documentele prevăzute la alin. (1) se păstrează la furnizorii de servicii medicale pentru verificarea de către organele de control ale caselor de asigurări de sănătate.

(5) În termen de 5 zile lucrătoare de la primire, furnizorul de servicii medicale transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, informațiile prevăzute la alin. (1) lit. a).

ART. 7

(1) După primirea adeverinței prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b), furnizorul de servicii medicale sesizează de îndată, după cum urmează:

a) organele de poliție din raza sa teritorială pentru dispunerea verificărilor necesare potrivit art. 19 alin. (1)

ori, după caz, potrivit art. 14¹ alin. (3)

*sau (4) din Legea nr. 119/1996, republicată
, cu modificările și completările ulterioare;*

b) serviciul public de asistență socială din raza sa teritorială, în vederea inițierii procedurilor privind înregistrarea tardivă a nașterii.

(2) Sesizarea prevăzută la alin. (1) este însoțită de documentele prevăzute la art. 3 alin. (4), după caz, precum și de un extras, potrivit prevederilor art. 5 alin. (3).

ART. 8

*(1) În urma sesizării prevăzute la art. 7 alin. (1) lit. b), serviciul public de asistență socială inițiază procedurile pentru înregistrarea tardivă a nașterii, potrivit prevederilor art. 14² și următoarele din Legea nr. 119/1996, republicată
, cu modificările și completările ulterioare, în colaborare cu organele de poliție.*

(2) În cazul în care, după inițierea procedurilor prevăzute de lege pentru înregistrarea tardivă a nașterii, se constată că o procedură similară care vizează persoana în cauză a fost deja inițiată sau dacă serviciul public de asistență socială sesizat de către furnizorul de servicii medicale nu este competent, sesizarea și documentele remise în fotocopie se transmit instituției care gestionează procedura similară sau serviciului public de asistență socială competent, concomitent cu informarea furnizorului de servicii medicale care a transmis sesizarea.

(3) Serviciul public de asistență socială care constată incidența unei situații dintre cele prevăzute la alin. (2) informează, în scris, cu privire la transferul cauzei și la motivele care justifică un astfel de transfer, serviciul public comunitar județean de evidență a persoanelor și DGEP.

(4) După înregistrarea nașterii persoanei în cauză, serviciul public de asistență socială informează în scris furnizorul de servicii medicale cu privire la finalizarea procedurii de înregistrare a nașterii și cu privire la următoarele date de identitate ale persoanei în cauză: numele de familie, prenumele, codul numeric personal și, dacă este posibil, domiciliul.

(5) După primirea datelor potrivit art. 6 alin. (1) lit. a) sau, după caz, potrivit alin. (4), furnizorul de servicii medicale actualizează aplicația prevăzută la art. 4 alin. (1).

ART. 9

(1) Declarațiile sau, după caz, formularele completate în conformitate cu prevederile art. 3 și documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) se păstrează de către furnizorii de servicii medicale și constituie documente justificative în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale acordate.

(2) Furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a)

, e)

și f) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare, raportează efectuarea/acordarea acestora utilizând codul unic de identificare obținut din aplicația informatică pusă la dispoziție de CNAS în vederea

decontării de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(3) Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale acordate persoanelor prevăzute la alin. (2), în baza codului unic de identificare, se realizează pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale acordate până la data atribuirii codului numeric personal, dar nu mai mult de un an de la data primei prezentări la furnizorul de servicii medicale.

(4) Până la atribuirea codului numeric personal, furnizorii de servicii medicale solicită trimestrial serviciului public de asistență socială ori, după caz, serviciului public comunitar local de evidență a persoanelor sau primăriei competente informații cu privire la stadiul înregistrării nașterii.

ART. 10

Prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679

al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

ART. 11

Anexele nr. 1-3 fac parte integrantă din prezenta procedură.

ANEXA NR. 1

la procedură

DECLARAȚIE

pe propria răspundere a persoanei care nu deține
cod numeric personal și solicită servicii medicale

Subsemnatul(a), ..., născut(ă) la data de în,
județul/sectorul, domiciliat(ă) în, strada nr., bloc,
etaj, apartament, județul/sectorul, fiul/fiica lui și al/a
....., cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal
, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, declar pe propria
răspundere următoarele: – nu am fost înregistrat(ă) în registrele de stare civilă și nu dețin cod
numeric personal;

– [] dețin/[] nu dețin acte de identitate;*)

– [] nu am mai fost luat(ă) în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din
cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate/[] am mai fost luat(ă) în evidență anterior de
către furnizorul de servicii medicale*), la data de, sub
următoarea identitate:

.....

.....
.....

Sunt însoțit de:/Detalii privind identitatea mea pot fi furnizate de²:, domiciliat(ă) în, strada nr., bloc, etaj, apartament, județul/sectorul, având CNP, BI/CI seria, număr ³, număr de telefon

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

1.
2.
3.
4.
5.

Data/...../.....

Semnătura

¹ Adresa unde locuiește la data declarației.

² Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

³ Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

*) Se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.

ANEXA NR. 2

la procedură

DECLARAȚIE

pe propria răspundere a persoanei care însoțește copilul până la

vârsta de 14 ani/persoana cu handicap care nu deține

cod numeric personal și pentru care se solicită servicii medicale

Subsemnatul(a), ..., domiciliat(ă) în, strada nr., bloc, etaj, apartament, județul/sectorul, având CNP, BI/CI seria, număr ¹, reprezentant al (serviciul public de asistență socială/altă instituție din care face parte), cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, declar pe propria răspundere, potrivit informațiilor de care am cunoștință, următoarele: – copilul cu vârsta de până la 14 ani/persoana cu handicap cunoscut(ă) sub numele....., prenumele, născut(ă) la data de în....., județul/sectorul, domiciliat(ă)² în, strada nr., bloc, etaj, apartament, județul/sectorul, fiul/fiica lui și al/a, nu a fost înregistrat în registrele de stare civilă și nu deține cod numeric personal;

– [] deține/[] nu deține acte de identitate*);

– [] persoana pe care o însoțesc nu a mai fost luată în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate/[] a mai fost luat(ă) în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale*), la data de, sub următoarea identitate:

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

1.
2.
3.
4.
5.

Data/...../.....

Semnătura

^{^1} Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

^{^2} Adresa unde locuiește la data declarației.

*) Se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.

[ANEXA NR. 3](#)

la procedură

Furnizorul/Unitatea sanitară

FORMULAR DE IDENTIFICARE

Subsemnatul/a, ..., posesor/posesoare al/a CI seria și nr....., în calitate de reprezentant al, furnizor de servicii medicale CUI, atest că în data de s-a prezentat la sediul din în vederea acordării de servicii medicale persoana care declară verbal că se numește:
....., născut(ă) la data de în, județul/sectorul
....., domiciliat(ă)^{^1} în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, fiul/fiica lui și al/a

Persoana nu este/este însoțită de:

....., născut(ă) la data de în, județul/sectorul
....., domiciliat(ă)^{^2} în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, fiul/fiica lui și al/a
CNP, seria și nr act de identitate^{^3}.

Persoana astfel identificată declară pe propria răspundere următoarele:

– nu a fost înregistrată în registrele de stare civilă și nu deține cod numeric personal;
– [] nu a mai fost luată în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate/[] a mai fost luată în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale*), la data de, sub următoarea identitate:
.....

Persoana este însoțită de:/Detalii privind identitatea persoanei pot fi furnizate de^4:
....., domiciliat(ă) în strada nr., bloc,
etaj, apartament, județul/sectorul, având CNP, BI/CI seria,
număr^5, număr de telefon

Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal
, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, atest că aceste
informații sunt cele declarate de persoana în cauză.

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

1.
2.
3.
4.
5.

Completat de medic/asistent medical/asistent social (numele și prenumele)

Data

Ora prezentării

Mențiuni

.....

.....

.....

Data/...../.....

Semnătura

^1 Adresa unde locuiește la data declarației.

^2 Adresa unde locuiește la data declarației.

^3 Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

^4 Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

^5 Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

*) Se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.

(3) Persoanele prevăzute la alin. (2) care solicită servicii medicale, vor declara că nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, cu excepția copiilor de până la 14 ani și a persoanelor cu handicap, pentru care declarația se formulează de către persoanele care le însoțesc la furnizorul de servicii medicale.

(4) În toate cazurile în care se vor aplica prevederile alin. (2) furnizorii de servicii medicale vor anunța de îndată organele de poliție și serviciile de asistență socială din raza teritorială a furnizorului de servicii medicale, în vederea efectuării procedurilor de înregistrare a nașterii acestor persoane în registrele de stare civilă conform legii sau identificării lor, după caz.

(5) Fapta persoanei privind declararea neconformă cu realitatea constituie infracțiune de fals privind identitatea și se pedepsește conform prevederilor Codului penal.

(la 21-10-2019 Articolul 225 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 1, Articolul I din LEGEA nr. 186 din 17 octombrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 848 din 18 octombrie 2019)

ART. 225^{^1}

Finanțarea serviciilor de sănătate acordate persoanelor prevăzute la art. 225 se asigură din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) în baza contractelor încheiate de case cu furnizorii de servicii medicale.

(la 21-10-2019 Secțiunea 1 din Capitolul II , Titlul VIII a fost completată de Punctul 2, Articolul I din LEGEA nr. 186 din 17 octombrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 848 din 18 octombrie 2019)

ART. 226

(1) Lista serviciilor medicale pentru care se încasează coplata, nivelul coplății, precum și data aplicării coplății se stabilesc prin contractul-cadru și prin normele de aplicare a acestuia.

(2) Domeniile de asistență medicală pentru care se stabilește coplata, precum și suma minimă și cea maximă care reprezintă această coplată pentru fiecare categorie de serviciu medical și unitate medicală, se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în urma negocierii cu asociațiile de pacienți, asociațiile profesionale, asociațiile patronale ale furnizorilor de servicii de sănătate și CNAS.

(3) Sumele încasate din coplată constituie venituri ale furnizorilor de servicii medicale și se utilizează pentru îmbunătățirea calității serviciilor.

ART. 227

Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de servicii medicale și alte prestații acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ART. 228

Persoanele care au obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și modul de stabilire, termenele de declarare și de plată ale contribuției sunt prevăzute în Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.

(la 01-01-2018 Articolul 228 din Secțiunea 1 , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile asiguraților

ART. 229

(1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi.

(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, denumit în continuare CMSR, Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, până la data de 30 iunie a anului în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.

Data intrării în vigoare a contractului-cadru se stabilește în cuprinsul hotărârii Guvernului prin care acesta se aprobă și corespunde cu începutul unui nou trimestru calendaristic.

(la 03-02-2023 Alineatul (2) din Articolul 229 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

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

a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal;

b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);

(la 21-11-2022 Litera b) din Alineatul (3), Articolul 229, Secțiunea a 2-a, Capitolul II, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

c) respectarea criteriilor de calitate pentru serviciile medicale oferite în cadrul pachetelor de servicii;

d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

e) modalitățile de plată utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;

f) măsuri de îngrijire la domiciliu, de reabilitare;

g) condițiile acordării serviciilor la nivel teritorial, precum și lista acestora;

h) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive;

(la 21-11-2022 Litera h) din Alineatul (3), Articolul 229, Secțiunea a 2-a, Capitolul II, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

i) modul de informare a asiguraților;

j) coplata, pentru unele servicii medicale, după caz.

(4) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, în urma negocierii cu CMR, CFR, CMSR, OAMGMAMR, OBBC, precum și cu consultarea organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, până la data de 30 iunie a anului pentru care se aprobă noile norme metodologice. Normele metodologice intră în vigoare odată cu hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2) și sunt valabile pe toată perioada de aplicabilitate a acesteia.

(la 03-02-2023 Alineatul (4) din Articolul 229 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(5) Cuantumul alocației de hrană în unitățile sanitare publice se stabilește prin ordin al ministrului sănătății, se actualizează anual în funcție de rata inflației și nu poate fi mai mic de 22 lei/zi de spitalizare. Cheltuielile aferente alocației de hrană în unitățile sanitare publice se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(la 01-06-2022 Articolul 229 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 2, Articolul I din LEGEA nr. 133 din 12 mai 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 477 din 13 mai 2022)

ORDIN (A) 2286 27/07/2022 din data 2022-07-27

ART. 1

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează lunar unităților sanitare publice care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, inclusiv sanatoriilor și preventoriilor, suma corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin.

(5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

(2) În vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin.

(5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional la contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești cu unitățile sanitare publice prevăzute la alin. (1).

ART. 2

(1) Valoarea contractată de unitățile sanitare publice cu paturi cu casele de asigurări de sănătate pentru alocația de hrană se stabilește în funcție de:

a) numărul de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană, și

b) numărul de zilele de spitalizare aferente cazurilor contractate, stabilit în funcție de durata medie de spitalizare.

Pentru spitalele finanțate în sistem DRG durata medie de spitalizare pentru secțiile de acuți este cea prevăzută în anexa nr. 23A

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

privind aprobarea Normelor metodologice

de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, iar pentru secțiile de acuți din spitalele non-DRG se ia în calcul durata medie de spitalizare la nivel național pentru anul în curs.

Pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, durata medie de spitalizare este cea prevăzută în anexa nr. 25

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109

, 110

, 124

și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

(2) Pentru însoțitorii persoanelor internate, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu spitalele o sumă corespunzătoare alocației de hrană, luând în calcul un număr de persoane însoțitoare estimat și o durată de spitalizare estimată, având în vedere numărul de persoane însoțitoare din anul anterior și numărul de zile de internare aferent acestora.

Alocația de hrană pentru însoțitori se suportă din suma contractată cu această destinație pentru persoana care însoțește copilul internat în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorul persoanei cu handicap grav sau accentuat internate, dacă medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată.

(3) Suma corespunzătoare alocației de hrană ce face obiectul decontării de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Suma aferentă alocației de hrană se decontează cu respectarea nivelului alocației de hrană la nivel de pacient stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, 110,

124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare, și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, suma aferentă alocației de hrană se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru luna pentru care se face

decontarea și de nivelul alocației de hrană la nivel de pacient stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

ART. 3

Cheltuielile aferente alocației de hrană în unitățile sanitare publice se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 4

(1) În vederea încheierii actului adițional menționat la art. 1 alin. (2), în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a prezentului ordin, reprezentantul legal al furnizorului transmite o cerere casei de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, însoțită de următoarele documente, asumate prin semnătură electronică extinsă calificată:

a) situația numărului de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană, și a numărului de zile de spitalizare aferente acestora;

b) situația numărului estimat de persoane însoțitoare și numărul de zile de internare aferente acestora.

(2) Valoarea contractată corespunzătoare alocației de hrană se defalcă pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie, după caz, acte adiționale de modificare a valorii de contract lunare și trimestriale cu suma reprezentând diferența dintre suma contractată lunar și suma decontată.

(4) Sumele reprezentând alocația de hrană ce decurg din punerea în aplicare a prevederilor art. 229 alin. (5)

*și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc și se solicită de către unitățile sanitare publice, care răspund de realitatea și exactitatea acestora, conform prevederilor legale în vigoare.*

ART. 5

(1) Suma corespunzătoare alocației de hrană la nivel de pacient va avea în vedere cuantumul stabilit în prima zi de internare la nivelul prevăzut în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

, ținând cont de diagnosticul la internare și/sau antecedentele personale patologice ale pacientului, cuantum care se menține pe toată perioada corespunzătoare internării.

(2) Cuantumul alocației de hrană stabilit potrivit alin. (1) este în concordanță cu informațiile cuprinse în rubrica „Diagnosticul la internare” și/sau „Antecedente personale, fiziologice și patologice” din Foaia de observație clinică generală, formular prevăzut în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006

privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6

(1) Lunar, unitatea sanitară publică transmite casei de asigurări de sănătate factura întocmită în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană prevăzute la art. 2, însoțită de documentele justificative, asumate pentru realitatea și exactitatea acestora de către reprezentantul legal al unității sanitare.

(2) Trimestrial, unitatea sanitară publică transmite casei de asigurări de sănătate factura întocmită în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană, însoțită de documentele justificative, asumate pentru realitatea și exactitatea acestora de către reprezentantul legal al unității sanitare pentru cazurile care au fost revalidate în limita valorii de contract trimestriale aferentă serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

ART. 7

(1) Modelul de act adițional prevăzut la art. 1 alin. (2) care se încheie între unitățile sanitare publice care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, inclusiv sanatorii și preventorii, și casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Modelul documentelor justificative necesare decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare decontate din Fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate este prevăzut în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 8

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă de unitățile sanitare publice conform prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA NR. 1

ACT ADIȚIONAL

la Contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești nr./.....,
pentru punerea în aplicare a art. 229 alin. (5)
și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătății

- model -

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, telefon, fax,
reprezentată prin director general,

și

Unitatea sanitară publică, cu sediul în, str. nr.,
telefon: fix/mobil, fax, e-mail, având codul unic de înregistrare
....., reprezentată prin

II. Obiectul actului adițional

ART. 1

(1) Obiectul prezentului act adițional îl constituie plata sumei corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

(2) Suma corespunzătoare alocației de hrană ce face obiectul decontării de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și zilelor aferente însoțitorilor persoanelor internate.

III. Durata actului adițional

ART. 2

(1) Prezentul act adițional este valabil de la data semnării de către ambele părți până la data de 31 decembrie a anului pentru care s-a încheiat contractul.

(2) Durata prezentului act adițional se poate prelungi pe toată durata de valabilitate a contractului pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

IV. Obligațiile părților

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie acte adiționale numai cu unitățile sanitare publice, inclusiv sanatorii și preventorii, cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

b) să deconteze unităților sanitare publice, inclusiv sanatoriilor și preventoriilor, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor necesare decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente cazurilor și zilelor de spitalizare decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv a sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente însoțitorilor persoanelor internate, pe baza facturii însoțite de documentele justificative;

c) să efectueze controlul activității, împreună cu direcțiile de sănătate publică, după caz, în limita competențelor;

d) să înmâneze la momentul efectuării controlului procesele-verbale sau, după caz, să comunice reprezentanților legali notele de constatare, ca urmare a efectuării controlului, în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

e) să recupereze sumele acordate nejustificat față de cele rezultate prin punerea în aplicare a prevederilor art. 229 alin. (5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

ART. 4

Unitatea sanitară publică care are încheiat contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate are următoarele obligații:

a) să transmită în vederea încheierii actului adițional pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană, în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2022 privind stabilirea condițiilor pentru punerea în aplicare a art. 229 alin. (5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, o cerere casei de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, asumată prin semnătură electronică extinsă calificată;

b) să respecte prevederile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și cele referitoare la cuantumul alocației de hrană în unitățile sanitare publice stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

;

c) să respecte legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal;

d) să transmită lunar, până la data de 20 a lunii în curs pentru luna anterioară, casei de asigurări de sănătate factura însoțită de documentele justificative, în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană, în condițiile art. 229 alin. (5) și ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022, aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și însoțitorilor persoanelor internate;

e) să transmită trimestrial, până la data de 15 a lunii următoare expirării unui trimestru, casei de asigurări de sănătate factura însoțită de documentele justificative, în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare, care sunt revalidate, acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

f) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ale caselor de asigurări de sănătate și/sau ale direcțiilor de sănătate publică, după caz, documentele justificative necesare decontării, documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate, care sunt în strânsă legătură cu obiectul prezentului act adițional.

V. Modalități de plată

ART. 5

(1) Cuanumul alocației de hrană în unitățile sanitare publice, pe categorii de pacienți sau însoțitorii acestora, este prevăzut în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

.

(2) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă alocației de hrană pentru cazurile contractate care beneficiază de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă:

Secția/ Compartimentul	Nr. de cazuri contractat***)	Durata medie de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior	Nivel alocație de hrană**)	Suma
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c3 x c4
TOTAL	X	X	X	

*) Pentru spitalele finanțate în sistem DRG durata medie de spitalizare pentru secțiile de acuți este cea prevăzută în anexa nr. 23A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

privind aprobarea Normelor metodologice

de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, iar pentru secțiile de acuți din spitalele non-DRG se ia în calcul durata medie de spitalizare la nivel național de pentru anul în curs.

Pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, inclusiv de îngrijiri paliative, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății din alte spitale, durata medie de spitalizare este cea prevăzută în anexa nr. 25

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 , 110

, 124

și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

****) Nivelul alocației de hrană la nivel de pacient este stabilit potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 1488/2022**

și pentru stabilirea sumei contractate conform tabelului de mai sus se va corobora cu specialitatea secției/compartimentului.

*****) Numărul de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană.**

b) suma aferentă alocației de hrană pentru însoțitorii persoanelor internate:

Nr. de persoane însoțitoare estimat	Nr. de zile de internare estimat aferent persoanelor însoțitoare din coloana c1	Nivel alocație de hrană	Suma
c1	c2	c3	$c4 = c2 \times c3$
		 lei *)	

***) Nivelul alocației de hrană pentru însoțitorii pacienților internați este stabilit potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022**

(3) Suma totală contractată aferentă alocației de hrană este de lei [suma de la alin. (2) lit. a) + suma de la alin. (2) lit. b)] și se defalcă lunar și trimestrial, după cum urmează:

Trimestrul I: lei, din care:

- ianuarie: lei
- februarie: lei
- martie: lei

Trimestrul II: lei, din care:

- aprilie: lei
- mai: lei
- iunie: lei

Trimestrul III: lei, din care:

- iulie: lei
- august: lei
- septembrie: lei

Trimestrul IV:

– octombrie: lei
– noiembrie: lei
– decembrie: lei.

(4) Lunar, până la finalul lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea alocației de hrană pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(5) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizarea și decontarea pentru alocația de hrană aferentă cazurilor care sunt revalidate în limita valorii de contract aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă. Regularizarea trimestrului IV se efectuează până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(6) Toate documentele necesare pentru acordarea sumelor aferente alocației de hrană solicitate se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al unității sanitare publice.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie, după caz, acte adiționale de modificare a valorii de contract lunare și trimestriale cu suma reprezentând diferența dintre suma contractată lunar, respectiv trimestrial și suma decontată.

ART. 6

Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Controlul activității

ART. 7

(1) Controlul privind activitatea care face obiectul prezentului act adițional se exercită de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate sau, după caz, de comisii mixte formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, în funcție de domeniul de competență.

(2) Controlul prevăzut la alin. (1) va urmări respectarea obligațiilor de către furnizorii de servicii medicale ce le revin potrivit prezentului act adițional.

(3) În cazul în care în derularea actului adițional se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau ale direcțiilor de sănătate publică neconcordanțe între datele transmise la casa de asigurări de sănătate și cele de la sediul unității sanitare publice, se calculează și se recuperează sumele necuvenite.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) se face prin plată directă sau executare silită.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 8

Reprezentantul legal al unității sanitare publice cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

VIII. Clauză specială

ART. 9

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării prezentului act adițional și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca fiind forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

IX. Condiții de suspendare și încetare a actului adițional

ART. 10

(1) Prezentul act adițional se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(2) Prezentul act adițional încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale a încetat.

(3) Prezentul act adițional încetează de drept la data expirării duratei contractului prevăzute la art. 2.

(4) Prezentul act adițional poate înceta prin acordul părților.

X. Corespondența

ART. 11

(1) Corespondența legată de derularea prezentului act adițional se efectuează în scris sau prin poșta electronică.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act adițional să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua producerii modificării.

XI. Modificarea actului adițional

ART. 12

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți, care devine

anexă la actul adițional la contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

ART. 13

Dacă o clauză a acestui act adițional este declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză, care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului actului adițional, cu acordul părților.

ART. 14

(1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

Prezentul act adițional a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

*Casa de Asigurări de Sănătate,
Director general,*

.....
Director executiv al Direcției economice,

.....
Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....
Vizat

Juridic, contencios

.....
*Furnizorul de servicii medicale,
Reprezentant legal,*

.....

ANEXA NR. 2

Furnizorul de servicii medicale

Cod unic de înregistrare

Luna/anul

Tabel 1. Centralizatorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,

prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Luna anul

			Nr. de	Nivelul	Suma
Nr.	Nr. total	Nr.	zile de	alocației	de

crt.	CNP-uri ¹⁾	CNP-uri	internare	de hrană/ zi ²⁾	plată
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c4 x c5
1.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în quantum de 22 de lei, din care:			22 lei	
2.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în quantum de 33 de lei			33 lei	
3.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în quantum de 22 de lei care au și însoțitori			44 lei	
4.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în quantum de 33 de lei care au și însoțitor			55 lei	
5.	Nr. total CNP-uri pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care nu au primit hrană, dar care au			22 lei	

	însoțitor				
	TOTAL	X		X	

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^2) Suma evidențiată în coloana c5 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

NOTĂ:

Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....
(numele și prenumele)

Tabel 2. Desfășurătorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,

prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Luna Anul

		Numărul de					Nivelul	Sumă
Nr. crt.	CNP^1)	înregistrare al Foi de observație clinică generală	Data internării	Data externării	Categorie pacient^2)	Număr total de zile de spitalizare	alocației de hrană/zi^3) - lei -	de plată - lei
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8 = c6 *
								c7
1.	.....							
2.	.....							
3.	.....							
.....								

n.									
	TOTAL GENERAL	x	x	x	x	x	x		

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^2) Se completează cu una dintre categoriile de pacienți prevăzute în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice, după cum urmează: – 1a - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți;

– 1b - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți, cu însoțitor;

– 2a - pentru bolnavi TBC - copii și adulți;

– 2b - pentru bolnavi TBC - copii și adulți, cu însoțitor;

– 3a - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți;

– 3b - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți, cu însoțitor;

– 4a - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți;

– 4b - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți, cu însoțitor;

– 5a - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți;

– 5b - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți, cu însoțitor;

– 6a - bolnavi diabet - copii și adulți;

– 6b - bolnavi diabet - copii și adulți, cu însoțitor;

– 7a - bolnavi arși;

– 7b - bolnavi arși, cu însoțitor;

– 8a - lăuze;

– 8b - lăuze, cu însoțitor;

– 9 - pentru pacienți spitalizați care nu primesc hrană, cu însoțitor (cum ar fi, spre exemplu, pacienți copii sugari care primesc alimentație exclusiv la sân).

^3) Suma evidențiată în coloana c7 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022

NOTE:

1. Total coloana c8 din tabelul 2 este egal cu total coloana c6 din tabelul 1.

2. Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

(numele și prenumele)

*Tabel 3. Centralizatorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,
prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)
Trimestrul anul*

Nr. crt.	Nr. total CNP-uri ¹⁾	Nr. CNP-uri	Nr. de zile de internare	Nivelul alocației de hrană/ zi ²⁾	Suma de plată
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c4 x c5
1.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei			22 lei	
2.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei			33 lei	
3.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei care au și însoțitori			44 lei	
4.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei care au și însoțitor			55 lei	
	Nr. total CNP-uri pentru care au fost acordate				

5.	servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care nu au primit hrană, dar care au însoțitor			22 lei	
	T O T A L	X		X	

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

8) Suma evidențiată în coloana c5 este formată din quantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din quantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea quantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

NOTE:

1. În tabelul 3 se raportează doar datele aferente cazurilor validate trimestrial, altele decât cele decontate lunar, în limita valorii de contract trimestriale aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

2. Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

(numele și prenumele)

Tabel 4. Desfășurătorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,

prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Trimestrul Anul

[illegible]

	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c6 *
1.	.....							
2.	.....							
3.	.....							
....								
n.								
	TOTAL GENERAL	x	x	x	x	x	x	

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^2) Se completează cu una dintre categoriile de pacienți prevăzute în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice, după cum urmează: – 1a - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți;

– 1b - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți, cu însoțitor;

– 2a - pentru bolnavi TBC - copii și adulți;

– 2b - pentru bolnavi TBC - copii și adulți, cu însoțitor;

– 3a - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți;

– 3b - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți, cu însoțitor;

– 4a - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți;

– 4b - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți, cu însoțitor;

– 5a - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți;

– 5b - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți, cu însoțitor;

– 6a - bolnavi diabet - copii și adulți;

– 6b - bolnavi diabet - copii și adulți, cu însoțitor;

– 7a - bolnavi arși;

– 7b - bolnavi arși, cu însoțitor;

– 8a - lăuze;

– 8b - lăuze, cu însoțitor;

– 9 - pentru pacienți spitalizați care nu primesc hrană, cu însoțitor (cum ar fi, spre exemplu, pacienți copii sugari care primesc alimentație exclusiv la sân).

^3) Suma evidențiată în coloana c7 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022

NOTE:

1. În tabelul 4 se raportează doar datele aferente cazurilor validate trimestrial, altele decât cele decontate lunar, în limita valorii de contract trimestriale aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

2. Total coloana c8 din tabelul 4 este egal cu total coloana c6 din tabelul 3.

3. Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....
(numele

și

prenumele)

(6) Alocația de hrană poate fi suplimentată prin decizie a consiliului de administrație al unității sanitare, în condițiile identificării altor surse de finanțare decât sumele provenite din contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate și de la bugetul de stat.

***) Notă CTCE:**

Reproducem mai jos prevederile art. 5-14 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021

, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021:

Articolul 5

Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi se decontează în condițiile stabilite prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 6

(1) În trimestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), valoarea totală a creditelor de angajament în baza cărora se încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract nu poate fi mai mare decât valoarea totală a cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

(3) Pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative care nu au încheiat în fiecare lună a trimestrului I al anului 2021 acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, decontarea în trimestrul II al anului 2021 se efectuează la nivelul realizat dacă se depășește valoarea de contract, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a sumei contractate în luna următoare celei în care au fost acordate serviciile.

(4) Acte adiționale de suplimentare a valorii de contract pentru situațiile prevăzute la alin. (2) și (3), pentru acoperirea serviciilor acordate în trimestrul II al anului 2021, peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative, decontarea lunară se face în limita valorii de contract.

(6) Decontarea serviciilor de dializă și regularizarea trimestrială a acestora, precum și a serviciilor de radioterapie, începând cu semestrul II al anului 2021, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Articolul 7

(1) În trimestrul II al anului 2021, serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează la nivelul activității efectiv realizate, dar nu mai mult de 6 consultații/ oră/medic.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează în condițiile stabilite prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 8

(1) În trimestrul II al anului 2021, consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetele de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetele de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare, în condițiile stabilite prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 9

În trimestrul II al anului 2021, pentru pacienții cronici, medicii de familie pot prescrie inclusiv medicamentele restricționate din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 10

Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile acordate de unitățile specializate, care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, se decontează în condițiile stabilite prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 11

Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice au evidențe distincte, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se pot suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Articolul 12

Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu acordate de furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se decontează în condițiile stabilite prin contractulcadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată
, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 13

(1) În trimestrul II al anului 2021, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale care desfășoară activitate, contractele cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se încheie pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea lunară se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale care desfășoară activitate, încheierea contractelor prevăzute la alin. (1), precum și decontarea lunară se realizează potrivit prevederilor contractului-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2)

și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată

, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 14

Prevederile art. 1-13 din prezenta ordonanță de urgență intră în vigoare la data de 1 aprilie 2021, cu excepția prevederilor de la art. 4 alin. (3) și (5), care intră în vigoare la data publicării prezentei ordonanțe de urgență în Monitorul Oficial al României, Partea I, și sunt aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă, declarată potrivit legii.

ART. 230

(1) Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege, de contractul-cadru și normele sale de aplicare.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru;

Potrivit alineatului (2) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022 , publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, începând cu data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie se înscriu pe lista unui medic de familie, iar persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care sunt înscrise pe lista unui medic de familie se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie, în mod liber ales, în condițiile art. 230 alin. (2) lit. a) și c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

b) să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;

c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru;

(la 14-03-2016 Lit. c) a alin. (2) al art. 230 a fost modificată de pct. 3 al art. unic din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 5 din 10 martie 2016 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 189 din 14 martie 2016.)

Potrivit alineatului (2) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022 , publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, începând cu data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie se înscriu pe lista unui medic de familie, iar persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care sunt înscrise pe lista unui medic de familie se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie, în mod liber ales, în condițiile art. 230 alin. (2) lit. a) și c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- d) să beneficieze de pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- e) să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile impuse de contractul-cadru;
- f) să efectueze controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- g) să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g¹) să poată beneficia de servicii de consiliere psihologică, în limita bugetului aprobat;

(la 15-01-2023 Alineatul (2) din Articolul 230 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 3, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 33 din 11 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2023)

- h) să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- i) să beneficieze de servicii medicale de urgență;
- j) să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică;
- k) să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;
- l) să beneficieze de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

(la 21-11-2022 Litera l) din Alineatul (2), Articolul 230, Secțiunea a 2-a, Capitolul II, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

- m) să beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- n) să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;
- o) să aibă dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale;
- p) să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii.

(2¹) În situația în care asigurații optează să beneficieze de unele servicii medicale la furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate, respectivii furnizori pot solicita acestor asigurați, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizor pentru rezolvarea cazului sau, după caz, tarifele serviciilor medicale acordate și tarifele corespundente suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, astfel cum va fi stabilită această diferență prin contractul-cadru, potrivit alin. (2³).

(la 25-06-2021 Alineatul (2¹) din Articolul 230 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 54 din 24 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 627 din 25 iunie 2021)

(2²) Contribuția personală pentru fiecare categorie de serviciu medical prevăzută la alin. (2¹) este afișată pe pagina de internet și la sediul furnizorilor privați de servicii medicale și se plătește de către asigurați, în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări.

(la 25-06-2021 Alineatul (2[^]2) din Articolul 230 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 54 din 24 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 627 din 25 iunie 2021)

(2[^]3) Prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, se stabilesc serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuție personală în condițiile alin. (2[^]1), modalitatea și condițiile acordării acestora, precum și procedura de stabilire a nivelului contribuției personale.

(la 25-04-2019 Articolul 230 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 27 din 24 aprilie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 328 din 25 aprilie 2019)

(2[^]4) Încetat efectele juridice.

Alineatul (2[^]4) din articolul 230 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII și-a încetat efectele juridice potrivit DECIZIEI CURȚII CONSTITUȚIONALE nr. 229 din 2 iunie 2020, publicată în Monitorul Oficial nr. 602 din 9 iulie 2020.

Prin DECIZIA nr. 229 din 2 iunie 2020, publicată în Monitorul Oficial nr. 602 din 9 iulie 2020, Curtea Constituțională a admis excepția de neconstituționalitate și a constatat că Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, este neconstituțională.

Conform art. 147 alin. (1) din Constituția României, republicată în Monitorul Oficial nr. 767 din 31 octombrie 2003, dispozițiile din legile și ordonanțele în vigoare, precum și cele din regulamente, constatate ca fiind neconstituționale, își încetează efectele juridice la 45 de zile de la publicarea deciziei Curții Constituționale dacă, în acest interval, Parlamentul sau Guvernul, după caz, nu pun de acord prevederile neconstituționale cu dispozițiile Constituției. Pe durata acestui termen, dispozițiile constatate ca fiind neconstituționale sunt suspendate de drept.

În concluzie, în intervalul 9 iulie 2020-22 august 2020, dispozițiile alin. (2[^]4) din art. 230, introdus prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2020 au fost suspendate de drept, încetându-și efectele juridice în data de 23 august 2020, întrucât legiuitorul nu a intervenit pentru modificarea prevederilor atacate.

(2[^]5) Prevederile alin. (2[^]1)-(2[^]3) se aplică începând cu data de 1 iulie 2021.

(la 30-03-2021 Alineatul (2[^]5) din Articolul 230 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 2, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

(2[^]6) Prin excepție de la prevederile alin. (2[^]5), prevederile alin. (2[^]1)-(2[^]3) referitoare la contribuția personală pe care o pot plăti asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate, se aplică după 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022.

(la 25-06-2021 Alineatul (2⁵) din Articolul 230 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 54 din 24 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 627 din 25 iunie 2021)

Conform art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 30 decembrie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1258 din 31 decembrie 2021, "Termenul prevăzut la art. 230 alin. (2⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025."

(3) Asigurații prevăzuți în Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările și completările ulterioare, și în Legea nr. 360/2002 privind Statutul polițistului, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de asistență medicală gratuită, respectiv servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, suportate din fond, în condițiile contractului-cadru și din bugetele ministerelor și instituțiilor respective, în condițiile plății contribuției de asigurări sociale de sănătate.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 230, Secțiunea a 2-a, Capitolul II, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Personalitățile internaționale cu statut de demnitar primesc asistență medicală de specialitate în unități sanitare nominalizate prin ordin al ministrului sănătății.

ART. 231

Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la art. 230 sunt următoarele:

- a) să se înscrie pe lista unui medic de familie;
 - b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
 - c) să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;
 - d) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
 - e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
 - f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
 - g) să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata/contribuția personală, în condițiile legii;
 - h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea
- de asigurat, definite la art. 223 alin. (1).

ART. 232

(1) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, prevăzut de prezenta lege, și de alocația de hrană

astfel cum a fost stabilită. Modalitatea de decontare a serviciilor medicale pentru aceste persoane se aplică și alocației de hrană.

(la 01-06-2022 Alineatul (1) din Articolul 232 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din LEGEA nr. 133 din 12 mai 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 477 din 13 mai 2022)

ORDIN (A) 2286 27/07/2022 din data 2022-07-27

ART. 1

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează lunar unităților sanitare publice care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, inclusiv sanatoriilor și preventoriilor, suma corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin. (5)

*și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022
pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.*

(2) În vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin. (5)

*și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional la contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești cu unitățile sanitare publice prevăzute la alin. (1).*

ART. 2

(1) Valoarea contractată de unitățile sanitare publice cu paturi cu casele de asigurări de sănătate pentru alocația de hrană se stabilește în funcție de:

a) numărul de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană, și

b) numărul de zilele de spitalizare aferente cazurilor contractate, stabilit în funcție de durata medie de spitalizare.

Pentru spitalele finanțate în sistem DRG durata medie de spitalizare pentru secțiile de acuți este cea prevăzută în anexa nr. 23A

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

privind aprobarea Normelor metodologice

de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, iar pentru secțiile de acuți din spitalele non-DRG se ia în calcul durata medie de spitalizare la nivel național pentru anul în curs.

Pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, durata medie de spitalizare este cea prevăzută în anexa nr. 25

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109

, 110

, 124

și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

(2) Pentru însoșitorii persoanelor internate, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu spitalele o sumă corespunzătoare alocației de hrană, luând în calcul un număr de persoane însoșitoare estimat și o durată de spitalizare estimată, având în vedere numărul de persoane însoșitoare din anul anterior și numărul de zile de internare aferent acestora.

Alocația de hrană pentru însoșitori se suportă din suma contractată cu această destinație pentru persoana care însoțește copilul internat în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoșitorul persoanei cu handicap grav sau accentuat internate, dacă medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată.

(3) Suma corespunzătoare alocației de hrană ce face obiectul decontării de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Suma aferentă alocației de hrană se decontează cu respectarea nivelului alocației de hrană la nivel de pacient stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, 110,

124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare, și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, suma aferentă alocației de hrană se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru luna pentru care se face decontarea și de nivelul alocației de hrană la nivel de pacient stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

ART. 3

Cheltuielile aferente alocației de hrană în unitățile sanitare publice se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 4

(1) În vederea încheierii actului adițional menționat la art. 1 alin. (2), în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a prezentului ordin, reprezentantul legal al furnizorului transmite o cerere casei de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, însoțită de următoarele documente, asumate prin semnătură electronică extinsă calificată:

a) situația numărului de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană, și a numărului de zilele de spitalizare aferente acestora;

b) situația numărului estimat de persoane însoțitoare și numărul de zile de internare aferente acestora.

(2) Valoarea contractată corespunzătoare alocației de hrană se defalcă pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie, după caz, acte adiționale de modificare a valorii de contract lunare și trimestriale cu suma reprezentând diferența dintre suma contractată lunar și suma decontată.

(4) Sumele reprezentând alocația de hrană ce decurg din punerea în aplicare a prevederilor art. 229 alin. (5)

*și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc și se solicită de către unitățile sanitare publice, care răspund de realitatea și exactitatea acestora, conform prevederilor legale în vigoare.*

ART. 5

(1) Suma corespunzătoare alocației de hrană la nivel de pacient va avea în vedere cuantumul stabilit în prima zi de internare la nivelul prevăzut în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

, ținând cont de diagnosticul la internare și/sau antecedentele personale patologice ale pacientului, cuantum care se menține pe toată perioada corespunzătoare internării.

(2) Cuantumul alocației de hrană stabilit potrivit alin. (1) este în concordanță cu informațiile cuprinse în rubrica „Diagnosticul la internare” și/sau „Antecedente personale, fiziologice și patologice” din Foaia de observație clinică generală, formular prevăzut în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006

privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6

(1) Lunar, unitatea sanitară publică transmite casei de asigurări de sănătate factura întocmită în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană prevăzute la art. 2, însoțită de

documentele justificative, asumate pentru realitatea și exactitatea acestora de către reprezentantul legal al unității sanitare.

(2) Trimestrial, unitatea sanitară publică transmite casei de asigurări de sănătate factura întocmită în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană, însoțită de documentele justificative, asumate pentru realitatea și exactitatea acestora de către reprezentantul legal al unității sanitare pentru cazurile care au fost revalidate în limita valorii de contract trimestriale aferentă serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

ART. 7

(1) Modelul de act adițional prevăzut la art. 1 alin. (2) care se încheie între unitățile sanitare publice care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, inclusiv sanatorii și preventorii, și casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Modelul documentelor justificative necesare decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare decontate din Fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate este prevăzut în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 8

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă de unitățile sanitare publice conform prevederilor Legii nr. 95/2006 , republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA NR. 1

ACT ADIȚIONAL

la Contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești nr./.....,
pentru punerea în aplicare a art. 229 alin. (5)
și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătății

- model -

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, telefon, fax,
reprezentată prin director general,

și

Unitatea sanitară publică, cu sediul în, str. nr.,
telefon: fix/mobil, fax, e-mail, având codul unic de înregistrare,
reprezentată prin

II. Obiectul actului adițional

ART. 1

(1) Obiectul prezentului act adițional îl constituie plata sumei corespunzătoare alocației de hrană în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

(2) Suma corespunzătoare alocației de hrană ce face obiectul decontării de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și zilelor aferente însoțitorilor persoanelor internate.

III. Durata actului adițional

ART. 2

(1) Prezentul act adițional este valabil de la data semnării de către ambele părți până la data de 31 decembrie a anului pentru care s-a încheiat contractul.

(2) Durata prezentului act adițional se poate prelungi pe toată durata de valabilitate a contractului pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

IV. Obligațiile părților

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie acte adiționale numai cu unitățile sanitare publice, inclusiv sanatorii și preventorii, cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

b) să deconteze unităților sanitare publice, inclusiv sanatoriilor și preventoriilor, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor necesare decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente cazurilor și zilelor de spitalizare decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv a sumei corespunzătoare alocației de hrană aferente însoțitorilor persoanelor internate, pe baza facturii însoțite de documentele justificative;

c) să efectueze controlul activității, împreună cu direcțiile de sănătate publică, după caz, în limita competențelor;

d) să înmâneze la momentul efectuării controlului procesele-verbale sau, după caz, să comunice reprezentanților legali notele de constatare, ca urmare a efectuării controlului, în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

e) să recupereze sumele acordate nejustificat față de cele rezultate prin punerea în aplicare a prevederilor art. 229 alin. (5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

ART. 4

Unitatea sanitară publică care are încheiat contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate are următoarele obligații:

a) să transmită în vederea încheierii actului adițional pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană, în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2022 privind stabilirea condițiilor pentru punerea în aplicare a art. 229 alin. (5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, o cerere casei de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, asumată prin semnătură electronică extinsă calificată;

b) să respecte prevederile art. 229 alin. (5)

și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și cele referitoare la cuantumul alocației de hrană în unitățile sanitare publice stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

;

c) să respecte legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal;

d) să transmită lunar, până la data de 20 a lunii în curs pentru luna anterioară, casei de asigurări de sănătate factura însoțită de documentele justificative, în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană, în condițiile art. 229 alin. (5) și ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și în cuantumul stabilit prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022, aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și însoțitorilor persoanelor internate;

e) să transmită trimestrial, până la data de 15 a lunii următoare expirării unui trimestru, casei de asigurări de sănătate factura însoțită de documentele justificative, în vederea decontării sumei corespunzătoare alocației de hrană aferentă cazurilor, respectiv zilelor de spitalizare, care sunt revalidate, acordate de unitățile sanitare publice și decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

f) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ale caselor de asigurări de sănătate și/sau ale direcțiilor de sănătate publică, după caz, documentele justificative necesare decontării, documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate, care sunt în strânsă legătură cu obiectul prezentului act adițional.

V. Modalități de plată

ART. 5

(1) Cuanumul alocației de hrană în unitățile sanitare publice, pe categorii de pacienți sau însoțitorii acestora, este prevăzut în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022

.

(2) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă alocației de hrană pentru cazurile contractate care beneficiază de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă:

		Durata medie de spitalizare*)		
--	--	-------------------------------------	--	--

Secția/ Compartimentul	Nr. de cazuri contractat***)	sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior	Nivel alocație de hrană**)	Suma
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c3 x c4
TOTAL	X	X	X	

*) Pentru spitalele finanțate în sistem DRG durata medie de spitalizare pentru secțiile de acuți este cea prevăzută în anexa nr. 23A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

privind aprobarea Normelor metodologice

de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, iar pentru secțiile de acuți din spitalele non-DRG se ia în calcul durata medie de spitalizare la nivel național de pentru anul în curs.

Pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, inclusiv de îngrijiri paliative, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății din alte spitale, durata medie de spitalizare este cea prevăzută în anexa nr. 25

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 , 110

, 124

și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal

, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

**) Nivelul alocației de hrană la nivel de pacient este stabilit potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 1488/2022

și pentru stabilirea sumei contractate conform tabelului de mai sus se va corobora cu specialitatea secției/compartimentului.

***) Numărul de cazuri externate negociate și contractate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești aflat în derulare, ajustat în raport cu perioada pentru care se încheie actul adițional pentru plata alocației de hrană.

b) suma aferentă alocației de hrană pentru însoțitorii persoanelor internate:

Nr. de persoane însoțitoare estimat	Nr. de zile de internare estimat aferent persoanelor însoțitoare din coloana c1	Nivel alocație de hrană	Suma
c1	c2	c3	$c4 = c2 \times c3$
		 lei *)	

*) Nivelul alocației de hrană pentru însoțitorii pacienților internați este stabilit potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022

(3) Suma totală contractată aferentă alocației de hrană este de lei [suma de la alin. (2) lit. a) + suma de la alin. (2) lit. b)] și se defalcă lunar și trimestrial, după cum urmează:

Trimestrul I: lei, din care:

- ianuarie: lei
- februarie: lei
- martie: lei

Trimestrul II: lei, din care:

- aprilie: lei
- mai: lei
- iunie: lei

Trimestrul III: lei, din care:

- iulie: lei
- august: lei
- septembrie: lei

Trimestrul IV:

- octombrie: lei
- noiembrie: lei
- decembrie: lei.

(4) Lunar, până la finalul lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea alocației de hrană pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(5) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizarea și decontarea pentru alocația de hrană aferentă cazurilor care sunt revalidate în limita valorii de contract aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă. Regularizarea trimestrului IV se efectuează până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(6) Toate documentele necesare pentru acordarea sumelor aferente alocației de hrană solicitate se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al unității sanitare publice.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie, după caz, acte adiționale de modificare a valorii de contract lunare și trimestriale cu suma reprezentând diferența dintre suma contractată lunar, respectiv trimestrial și suma decontată.

ART. 6

Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Controlul activității

ART. 7

(1) Controlul privind activitatea care face obiectul prezentului act adițional se exercită de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate sau, după caz, de comisii mixte formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, în funcție de domeniul de competență.

(2) Controlul prevăzut la alin. (1) va urmări respectarea obligațiilor de către furnizorii de servicii medicale ce le revin potrivit prezentului act adițional.

(3) În cazul în care în derularea actului adițional se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau ale direcțiilor de sănătate publică neconcordanțe între datele transmise la casa de asigurări de sănătate și cele de la sediul unității sanitare publice, se calculează și se recuperează sumele necuvenite.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) se face prin plată directă sau executare silită.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 8

Reprezentantul legal al unității sanitare publice cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

VIII. Clauză specială

ART. 9

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării prezentului act adițional și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca fiind forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

IX. Condiții de suspendare și încetare a actului adițional

ART. 10

(1) Prezentul act adițional se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(2) Prezentul act adițional încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale a încetat.

(3) Prezentul act adițional încetează de drept la data expirării duratei contractului prevăzute la art. 2.

(4) Prezentul act adițional poate înceta prin acordul părților.

X. Corespondența

ART. 11

(1) Corespondența legată de derularea prezentului act adițional se efectuează în scris sau prin poșta electronică.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act adițional să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua producerii modificării.

XI. Modificarea actului adițional

ART. 12

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți, care devine anexă la actul adițional la contractul pentru furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

ART. 13

Dacă o clauză a acestui act adițional este declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să

fie înlocuită printr-o altă clauză, care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului actului adițional, cu acordul părților.

ART. 14

(1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

Prezentul act adițional a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate,
Director general,

.....
Director executiv al Direcției economice,

.....
Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....
Vizat
Juridic, contencios

.....
Furnizorul de servicii medicale,
Reprezentant legal,

ANEXA NR. 2

Furnizorul de servicii medicale

Cod unic de înregistrare

Luna/anul

Tabel 1. Centralizatorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,
prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Luna anul

Nr. crt.	Nr. total CNP-uri ¹⁾	Nr. CNP-uri	Nr. de zile de internare	Nivelul alocației de hrană/zi ²⁾	Suma de plată
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c4 x c5
	Nr. total				

1.	CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei, din care:			22 lei	
2.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei			33 lei	
3.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei care au și însoțitori			44 lei	
4.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei care au și însoțitor			55 lei	
5.	Nr. total CNP-uri pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care nu au primit hrană, dar care au însoțitor			22 lei	
	TOTAL	X		X	

^{^1)} Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^{^2)} Suma evidențiată în coloana c5 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

NOTĂ:

Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

(numele și prenumele)

Tabel 2. Desfășurătorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,

prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Luna Anul

Nr. crt.	CNP ^{^1)}	Numărul de	Data internării	Data externării	Categorie pacient ^{^2)}	Număr total de zile de spitalizare	Nivelul	Sumă
		înregistrare al Foii de observație clinică generală					alocației de hrană/zi ^{^3)} - lei -	de plată - lei -
								C8 =
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c6 *
								c7
1.	.....							
2.	.....							
3.	.....							
.....								
n.								
	TOTAL GENERAL	x	x	x	x	x	x	

Nr. crt.	Nr. total CNP-uri ¹⁾	Nr. CNP-uri	Nr. de zile de internare	Nivelul alocației de hrană/zi ²⁾	Suma de plată
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c4 x c5
1.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei			22 lei	
2.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei			33 lei	
3.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 22 de lei care au și însoțitori			44 lei	
4.	Nr. total CNP-uri beneficiare ale alocației de hrană în cuantum de 33 de lei care au și însoțitor			55 lei	
5.	Nr. total CNP-uri pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care nu au primit			22 lei	

	hrană, dar care au însoțitor				
	T O T A L	X		X	

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^2) Suma evidențiată în coloana c5 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice.

NOTE:

1. În tabelul 3 se raportează doar datele aferente cazurilor validate trimestrial, altele decât cele decontate lunar, în limita valorii de contract trimestriale aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

2. Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

(numele și prenumele)

Tabel 4. Desfășurătorul sumelor aferente alocației de hrană care se asigură prin transferuri de la bugetul de stat,

prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

Trimestrul Anul

		Numărul de					Nivelul	Suma
Nr. crt.	CNP^1)	înregistrare al Foii de observație clinică generală	Data internării	Data externării	Categorie pacient^2)	Numărul total de zile de spitalizare	alocației de de hrană/ zi^3) - lei -	de plată - lei
								C8 =
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c6 *
								c7
1.	.....							

2.	.....								
3.	.....								
...									
n.									
	TOTAL GENERAL	x	x	x	x	x	x		

^1) Se raportează numai CNP-urile pentru care au fost acordate servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă decontate din FNUASS.

^2) Se completează cu una dintre categoriile de pacienți prevăzute în anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.488/2022 pentru stabilirea cuantumului alocației de hrană în unitățile sanitare publice, după cum urmează: – 1a - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți;

– 1b - pentru pacienți spitalizați - copii și adulți, cu însoțitor;

– 2a - pentru bolnavi TBC - copii și adulți;

– 2b - pentru bolnavi TBC - copii și adulți, cu însoțitor;

– 3a - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți;

– 3b - pentru bolnavi HIV/SIDA - copii și adulți, cu însoțitor;

– 4a - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți;

– 4b - pentru bolnavi hepatită - copii și adulți, cu însoțitor;

– 5a - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți;

– 5b - pentru bolnavi neoplazici - copii și adulți, cu însoțitor;

– 6a - bolnavi diabet - copii și adulți;

– 6b - bolnavi diabet - copii și adulți, cu însoțitor;

– 7a - bolnavi arși;

– 7b - bolnavi arși, cu însoțitor;

– 8a - lăuze;

– 8b - lăuze, cu însoțitor;

– 9 - pentru pacienți spitalizați care nu primesc hrană, cu însoțitor (cum ar fi, spre exemplu, pacienți copii sugari care primesc alimentație exclusiv la sân).

^3) Suma evidențiată în coloana c7 este formată din cuantumul alocației de hrană stabilit pentru categoria pacientului internat și din cuantumul alocației de hrană pentru însoțitor, după caz, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.488/2022

NOTE:

1. În tabelul 4 se raportează doar datele aferente cazurilor validate trimestrial, altele decât cele decontate lunar, în limita valorii de contract trimestriale aferente serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă.

2. Total coloana c8 din tabelul 4 este egal cu total coloana c6 din tabelul 3.

3. Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional încheiat pentru plata sumei corespunzătoare alocației de hrană.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....
(numele

și

prenumele)

(2) Abrogat.

(la 07-12-2017 Alineatul (2) din Articolul 232 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(3) Abrogat.

(la 07-12-2017 Alineatul (3) din Articolul 232 , Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(3^{^1}) Serviciile medicale în asistența medicală primară cuprinse în pachetul minimal de servicii sunt aceleași cu cele cuprinse în pachetul de servicii de bază, cu excepția serviciilor adiționale și a unora dintre activitățile de suport, și sunt stabilite prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia.

(la 03-09-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3^{^1})-(3^{^4}), ale art. 261 alin. (1^{^1})-(1^{^3}) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3^{^1}) și art. 261 alin. (1^{^2}) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3^{^2}) Pentru a beneficia de serviciile medicale în asistența medicală primară cuprinse în pachetul minimal de servicii, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au obligația să se înscrie pe lista unui medic de familie, iar persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care

sunt înscrise pe lista unui medic de familie se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie, în condițiile art. 230 alin. (2) lit. a) și c).

(la 03-09-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3³) Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat înscrise pe lista unui medic de familie pot să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul-cadru.

(la 03-09-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3⁴) Fondurile necesare pentru plata serviciilor medicale în asistența medicală primară acordate persoanelor prevăzute la alin. (3²) se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(la 03-09-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3⁵) Persoanele neasigurate beneficiază de aceleași servicii ca persoanele asigurate în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV, beneficiind ulterior de acces la terapiile specifice din cadrul programelor naționale de sănătate sau al programelor terapeutice derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(la 02-12-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34¹, Punctul 3, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 328 din 28 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1146 din 29 noiembrie 2022)

(3⁶) Fondurile necesare pentru plata acestor servicii medicale se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(la 02-12-2022 Articolul 232 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Punctul 34¹, Punctul 3, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 328 din 28 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1146 din 29 noiembrie 2022)

ART. 233

Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul internat în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorul persoanei cu handicap grav internate se suportă de către casele de asigurări de sănătate, dacă medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată. Tariful serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul cu vârstă mai mare de 3 ani internat într-un spital public, suportat de însoțitor, nu poate depăși dublul sumei reprezentând alocația pentru hrană specifică secției în care este internat copilul.

(la 03-09-2021 Articolul 233 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 26, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

ART. 234

(1) Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.

(2) La cerere, casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana asigurată comunică în termen de 45 de zile persoanei asigurate sau reprezentantului legal al acesteia, după caz, lista cu serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări

sociale de sănătate, cu precizarea contravalorii acestora, a furnizorilor care le-au efectuat/eliberat, precum și a datei efectuării/eliberării acestora.

(la 10-10-2019 Articolul 234 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Articolul I din LEGEA nr. 165 din 3 octombrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 811 din 07 octombrie 2019)

(3) Lista cu serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, va putea fi accesată de asigurat și prin intermediul dosarului electronic al pacientului.

(la 10-10-2019 Articolul 234 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Articolul I din LEGEA nr. 165 din 3 octombrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 811 din 07 octombrie 2019)

(4) CNAS efectuează, anual sau ori de câte ori este cazul, analize, studii și prelucrări de date în scopul transparentizării modului în care serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale sunt decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

(la 10-10-2019 Articolul 234 din Secțiunea a 2-a , Capitolul II , Titlul VIII a fost completat de Articolul I din LEGEA nr. 165 din 3 octombrie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 811 din 07 octombrie 2019)

NORMĂ 07/08/2020 din data 2020-08-07

ART. 1

(1) Persoana asigurată are dreptul de a fi informată la cerere, prin casele de asigurări de sănătate, cu privire la serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat în anul precedent.

(2) De dreptul prevăzut la alin. (1) beneficiază persoanele care dețin calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, potrivit dispozițiilor art. 222 din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În înțelesul prezentelor norme metodologice, termenii și noțiunile folosite au înțelesul celor prevăzute la art. 221 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată , cu modificările și completările ulterioare.

ART. 2

(1) Lista privind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare Listă, se pune la dispoziția acesteia de casa de asigurări de sănătate la care aceasta este luată în evidență.

(2) Prin casă de asigurări de sănătate se înțelege orice casă de asigurări de sănătate județeană, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

ART. 3

(1) În vederea obținerii informațiilor prevăzute la art. 2 alin. (1), asiguratul formulează o cerere al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1, care face parte integrantă din prezentele norme metodologice.

(2) Cererea este pusă la dispoziția asiguratului pe site-ul caselor de asigurări de sănătate sau la sediile acestora.

(3) Cererea, completată și semnată de către persoana asigurată sau, după caz, reprezentantul legal al acesteia, se depune la sediul casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul sau se transmite prin e-mail cu semnătură electronică calificată și este însoțită, după caz, de copia actului de împuternicire.

(4) În cazul cererilor care se depun la casele de asigurări de sănătate se verifică identitatea solicitantului.

(5) În situația în care solicitantul optează pentru transmiterea Listei prin intermediul poștei electronice, acesta va completa în cerere o parolă din 8 caractere, necesară accesării Listei.

ART. 4

Lista cuprinde serviciile medicale, îngrijirile la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive prevăzute în pachetul de bază, precum și serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în ordine cronologică, cu precizarea furnizorului care le-a efectuat/eliberat, a datei efectuării/eliberării, precum și a contravalorii acestora, și are structura prevăzută în anexa nr. 2, care face parte integrantă din prezentele norme metodologice.

ART. 5

(1) Lista este pusă la dispoziția asiguratului sau, după caz, a reprezentantului legal al acestuia, personal sau prin e-mail, conform mențiunii acestuia din cererea depusă la casa de asigurări de sănătate, în termen de 45 de zile de la data înregistrării cererii la casa de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care Lista este pusă personal la dispoziția asiguratului sau, după caz, a reprezentantului legal al acestuia, acesta va menționa pe exemplarul cererii care va fi arhivat la casa de asigurări de sănătate numele în clar, data, semnătura, precum și textul „am primit informațiile solicitate“.

(3) În situația în care Lista este pusă la dispoziția asiguratului sau, după caz, a reprezentantului legal al acestuia prin e-mail, la exemplarul cererii care va fi arhivat la casa de asigurări de sănătate se atașează e-mailul prin care a fost transmisă Lista.

(4) Cererile ulterioare de furnizare a acelorași informații, pentru același an calendaristic, precum și cererile vizând alte perioade de timp decât anul calendaristic anterior formulării cererii se vor clasifica, potrivit actelor normative în vigoare.

(5) Listele transmise persoanelor asigurate potrivit dispozițiilor prezentelor norme metodologice vor fi arhivate în format electronic.

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are obligația înregistrării și gestionării cererilor asiguraților, precum și transmiterii datelor solicitate în termenul prevăzut la art. 5 alin. (1).

(2) Cererile înregistrate vor fi repartizate spre soluționare compartimentului cu atribuții prevăzute în acest sens în regulamentul de organizare și funcționare al casei de asigurări de sănătate sau, după caz, persoanei cu atribuții în acest sens prevăzute în fișa postului.

(3) Informațiile furnizate vor fi extrase din Platforma informatică din asigurările de sănătate, în baza unei proceduri instituite la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, aprobată prin decizie a directorului general.

ART. 7

Lista poate fi solicitată și accesată și prin intermediul dosarului electronic de sănătate, după autentificarea solicitantului în baza parolei de acces și a matricei de securitate proprii, în conformitate cu prevederile art. 346⁷ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, din momentul în care această funcționalitate va fi disponibilă în cadrul sistemului dosarului electronic de sănătate al pacientului.

ART. 8

Prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679

al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

ANEXA NR. 1

la normele metodologice

CERERE

1. Se completează de asigurat, pentru cererea formulată în nume propriu:

Subsemnatul/a, ..., domiciliat/ă în, CID/CNP, BI/CI, persoană asigurată în evidența Casei de Asigurări de Sănătate (CAS), vă solicit să îmi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care am beneficiat în anul precedent.

2. Se completează de reprezentantul legal al asiguratului:

Subsemnatul/a, domiciliat/ă în, CID/CNP, BI/CI, împuternicit/ă legal al/a domnului/doamnei domiciliat/ă în

CID/CNP, BI/CI, persoană asigurată în evidența CAS, prin, vă solicit să îmi furnizați

(Se trec tipul, numărul și data actului de împuternicire.)

Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat persoana care m-a împuternicit în anul Anexez la prezenta cerere o copie a actului de împuternicire.

3. Solicit ca această listă să îmi fie pusă la dispoziție :

(Se bifează o singură opțiune.)

☐ la ghișeul CAS

☐ prin e-mail, pe adresa.....

Parolă de acces:

I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

4. Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS¹ fac parte din categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679

al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal și sunt furnizate în scopul soluționării prezentei cereri.

Pentru informații suplimentare vă rugăm să vă adresați responsabilului cu protecția prelucrărilor de date² din cadrul CAS.... .

Data Semnătura

¹ Cererile puse la dispoziția asiguraților potrivit art. 3 alin. (2) din normele metodologice se vor completa cu datele de contact ale fiecărei case de asigurări de sănătate.

² Cererile puse la dispoziția asiguraților potrivit art. 3 alin. (2) din normele metodologice se vor completa cu datele de contact ale responsabilului cu protecția datelor al fiecărei case de asigurări de sănătate.

[ANEXA NR. 2](#)

la normele metodologice

LISTA

serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în anul.....

Nr. crt.	Tipul serviciului	Furnizorul	Data	Suma decontată
1	Medicina primară			
			...	
	servicii		...	

	capita			
2	Ambulatoriu de specialitate clinic	...	...	
		...	...	
3	Ambulatoriu de medicină fizică și de reabilitare	...	...	
		...	...	
4	Medicina dentară	...	...	
		...	...	
5	Investigații paraclinice	...	...	
		...	...	
6	Spitalizare continuă	...	...	
		...	...	
7	Spitalizare de zi	...	...	
		...	...	
8	Îngrijiri medicale la domiciliu	...	...	
		...	...	
9	Îngrijiri paleative la domiciliu	...	...	
		...	...	
10	Consultații de urgență și transport neasistat	...	...	
		...	...	
11	Recuperare în sanatorii și preventorii	...	...	
		...	...	
12	Dispozitive medicale	...	...	
		...	...	
13	Medicamente	...	...	
	serie/număr prescripție	...	...	
	...	...	...	
	Servicii	...	...	

14	programe naționale de sănătate curative	...	...	
TOTAL				

CAP. III

Servicii medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

SECȚIUNEA 1

Servicii medicale profilactice

ART. 235

În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații beneficiază, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia, prin intermediul furnizorilor de servicii cu care casele de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, de informare și consiliere cu privire la principalii factori de risc pentru sănătate, precum și la mijloacele de prevenire a îmbolnăvirilor, în cadrul serviciilor de evaluare periodică a stării de sănătate, inclusiv în ceea ce privește depistarea factorilor de risc în cadrul serviciilor de depistare precoce a afecțiunilor cronice.

(la 03-02-2023 Articolul 235 din Secțiunea 1 , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 6, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

SECȚIUNEA a 2-a

Servicii medicale curative

ART. 236

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

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

ART. 237

(1) Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate din fond sunt:

- a) serviciile medicale de urgență altele decât cele finanțate direct de Ministerul Sănătății;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene de investigații paraclinice;
- c) tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar ameliorării sau vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și cel igienico-dietetic.

(2) Asigurații beneficiază de activități de suport, în condițiile legii.

(3) Detalierea serviciilor prevăzute la alin. (1) și (2) și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru și normele sale de aplicare.

(4) Serviciile medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru. În urma acordării serviciilor medicale la distanță, furnizorii emit documentele necesare persoanei asigurate și le transmit prin mijloace de comunicare electronică.

(la 25-08-2020 Alineatul (4) din Articolul 237 , Secțiunea a 2-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 3, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 238

(1) Asigurații au dreptul la asistență medicală primară și de specialitate ambulatorie la indicația medicului de familie, în condițiile contractului-cadru.

(2) Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitale autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare.

(la 03-02-2023 Alineatul (2) din Articolul 238 , Secțiunea a 2-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(3) Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, cazare și masă.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 238, Secțiunea a 2-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Asistența medicală de recuperare se acordă pentru o perioadă de timp și după un ritm stabilite de medicul curant în unități sanitare autorizate și evaluate sau, după caz, acreditate sau înscrise în procesul de acreditare.

(la 03-02-2023 Alineatul (4) din Articolul 238 , Secțiunea a 2-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(5) Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, se acordă de furnizori autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare.

(la 03-02-2023 Alineatul (5) din Articolul 238 , Secțiunea a 2-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

ART. 239

(1) Serviciile de medicină dentară se acordă de către medicul de medicină dentară și de către stomatolog în cabinete medicale autorizate și evaluate conform legii.

(2) Stomatologii care la data de 31 decembrie 2005 au furnizat servicii medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate își pot continua activitatea în aceleași condiții și după această dată.

(3) Ministerul Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, autorizează desfășurarea activității de către stomatologi.

ART. 240

Asigurații beneficiază de tratamente stomatologice care se suportă din fond în condițiile stabilite prin contractul-cadru și normele de aplicare.

SECȚIUNEA a 3-a

Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și alte mijloace terapeutice

(la 21-11-2022 Denumirea Secțiunii a 2-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 241

(1) Asigurații beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală pentru medicamentele cuprinse în lista de medicamente prevăzută la art. 242.

(1[^]1) Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă contravaloarea medicamentelor numai pentru indicațiile terapeutice autorizate și incluse în rezumatul caracteristicilor produsului, pentru care acestea, în urma evaluării efectuate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, au fost cuprinse în lista de medicamente prevăzută la art. 242.

(la 03-09-2022 Articolul 241 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 35, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(1[^]2) În situația în care medicamentele au fost cuprinse în lista de medicamente prevăzută la art. 242 anterior metodologiei prevăzute la art. 243 alin. (2), din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă contravaloarea acestora numai pentru indicațiile terapeutice autorizate și incluse în rezumatul caracteristicilor produsului, potrivit legii.

(la 03-09-2022 Articolul 241 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 35, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2) În situația în care prescripția medicală se emite ca urmare a unei scrisori medicale, fără modificarea de către medicul prescriptor a schemei terapeutice prevăzute în scrisoarea medicală, responsabilitatea schemei terapeutice revine medicului care a emis scrisoarea medicală.

(3) Modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor se prevăd în contractul-cadru și în normele sale de aplicare, precum și în hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare ale acestora.

(4) Prescrierea medicamentelor se face cu respectarea protocoalelor terapeutice, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor.

(5) Nerespectarea protocoalelor terapeutice de către medicii prescriptori se sancționează în conformitate cu hotărârile Guvernului de aprobare a Contractului-cadru și a programelor naționale de sănătate, iar contravaloarea medicamentelor astfel prescrise nu se recuperează, dacă asiguratul îndeplinește condițiile de eligibilitate prevăzute în protocoalele terapeutice aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, de a beneficia de astfel de medicamente la data emiterii prescripției.

(la 01-03-2018 Articolul 241 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 30, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 242

(1) Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală se elaborează de către Ministerul Sănătății și CNAS, cu consultarea CFR, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(2) În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul de produse.

(3) În listă se pot include și medicamente imunologice definite la art. 699 pct. 5 lit. a) subpt. (i), altele decât cele prevăzute la art. 58 alin. (9) sau care se administrează altor segmente populaționale decât cele prevăzute la art. 58 alin. (9).

(la 03-02-2023 Articolul 242 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

METODOLOGIE 19/04/2023 din data 2023-04-19

ART. 1

În vederea includerii medicamentelor imunologice prevăzute la art. 242 alin. (3) din Legea nr. 95/2006

privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în lista de medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, Comitetul Național de Vaccinologie desfășoară următoarele activități:

a) realizează o analiză a tipurilor de vaccinări și grupelor de vârstă și risc la care acestea sunt recomandate în cadrul Programului național de vaccinare prevăzut în Ordinul ministrului sănătății nr. 964/2022

privind aprobarea Normelor tehnice

de realizare a programelor naționale de sănătate publică, cu modificările și completările ulterioare;

b) transmite Ministerului Sănătății, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la intrării în vigoare a prezentei metodologii, lista tipurilor de medicamente imunologice pentru a fi introduse în lista de medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, segmentele populaționale cărora li se adresează și gradul de compensare recomandat.

ART. 2

Pentru stabilirea listei prevăzute la art. 1 lit. b), Comitetul Național de Vaccinologie va avea în vedere următoarele:

a) medicamentele imunologice propuse și grupele de vârstă și risc sunt complementare celor care se recomandă în cadrul Programului național de vaccinare;

b) recomandările organismelor europene și internaționale privind vaccinarea populației și grupele populaționale expuse la risc;

c) date privind incidența și prevalența bolii prevenibile prin vaccinare, acolo unde sunt disponibile;

d) datele de eficacitate și de siguranță a vaccinurilor;

e) date de cost-eficacitate, acolo unde sunt disponibile.

ART. 3

În baza listei primite din partea Comitetului Național de Vaccinologie, Ministerul Sănătății, după consultarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Farmaciștilor din România, inițiază o hotărâre de Guvern pentru completarea Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 4

(1) Actualizarea listei prevăzute la art. 3 se realizează periodic, în funcție de propunerile Comitetului Național de Vaccinologie și de fondurile disponibile la nivelul Ministerului Sănătății.

(2) În situația în care fondurile alocate Ministerului Sănătății pentru compensarea medicamentelor imunologice prevăzute la art. 1 sunt insuficiente, Ministerul Sănătății solicită Comitetului Național de Vaccinologie realizarea unei etapizări a tipurilor de vaccinuri și segmentele populaționale cărora li se adresează.

(4) Medicamentele prevăzute la alin. (3) nu fac obiectul prevederilor art. 243 alin. (1) și (2). Includerea sau excluderea medicamentelor prevăzute la alin. (3) în/din lista prevăzută la alin. (1) se realizează la propunerea Comitetului Național de Vaccinologie, potrivit metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(la 03-02-2023 Articolul 242 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(5) Contravaloarea medicamentelor prevăzute la alin. (3) eliberate asiguraților pe bază de prescripție medicală se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, iar costul administrării acestora exprimat prin tarif în lei per serviciu medical se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății alocat programelor naționale de sănătate publică.

(la 03-02-2023 Articolul 242 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(6) Nivelul de compensare al medicamentelor prevăzute la alin. (3) se stabilește prin hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (1).

(la 03-02-2023 Articolul 242 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(7) Segmentele populaționale care beneficiază de medicamentele imunologice prevăzute la alin. (3) se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

(la 03-02-2023 Articolul 242 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

*) Notă CTCE:

Conform articolul VIII din ORDONANȚA nr. 9 din 8 august 2019 , publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 668 din 9 august 2019, până la finalizarea achizițiilor centralizate la nivel național, prevăzute la art. 58¹ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertanții desemnați câștigători, medicamentele cuprinse în Lista de medicamente prevăzute la art. 242, dispozitivele medicale și materialele sanitare specifice și altele asemenea, care se acordă bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate curative, se achiziționează de unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

ART. 243

(1) Criteriile de evaluare a tehnologiilor medicale, a documentației care trebuie depusă de solicitanți, a instrumentelor metodologice utilizate în procesul de evaluare privind includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau excluderea medicamentelor în/din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații,

cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea ANMDMR.

(2) Metodologia de evaluare privind includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau excluderea medicamentelor în/din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, precum și căile de atac se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea ANMDMR.

(3) Pentru medicamentele pentru care în urma evaluării efectuate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sunt emise decizii de includere condiționată în lista de medicamente prevăzută la art. 242, se pot negocia și încheia contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015.

(la 07-12-2017 Articolul 243 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(4) Prin legile bugetare anuale se aprobă limita maximă până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contractele prevăzute la alin. (3).

(la 07-12-2017 Articolul 243 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(5) Creditele de angajament aprobate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate prin legile bugetare anuale pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se utilizează de către casele de asigurări de sănătate pentru încheierea angajamentelor legale cu furnizorii de servicii medicale și medicamente.

(la 07-12-2017 Articolul 243 din Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 243¹

Evaluarea în vederea includerii în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate poate fi inițiată numai pentru indicațiile care au fost aprobate de către Agenția Europeană a Medicamentului sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România și care se regăsesc în rezumatul caracteristicilor produsului.

(la 03-09-2022 Secțiunea a 3-a din Capitolul III , Titlul VIII a fost completată de Punctul 36, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

ART. 243^{^2}

Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România poate iniția, din oficiu, procedura de evaluare a tehnologiilor medicale pentru includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau exclusiunea medicamentelor în/din listă numai pentru indicațiile din rezumatul caracteristicilor produsului.

(la 03-09-2022 Secțiunea a 3-a din Capitolul III , Titlul VIII a fost completată de Punctul 36, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

ART. 244

(1) Contravaloarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor categoriilor de persoane prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. a) și pentru femeile gravide și lăuze se suportă din fond, la nivelul prețului de referință.

(2) Valoarea medicamentelor prevăzute la art. 242 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute în actele normative de la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.

(la 14-12-2018 Alineatul (2) din Articolul 244 , Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 109 din 13 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1062 din 14 decembrie 2018)

(3) Asigurații au dreptul la materiale sanitare și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pentru corectarea vîzului, auzului, pentru protezarea membrelor și la alte materiale de specialitate, în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele sale de aplicare.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 244, Secțiunea 3-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Asigurații beneficiază de proceduri fizioterapeutice, pe baza recomandărilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele sale de aplicare.

(5) Asigurații beneficiază de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de alte mijloace terapeutice prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

(la 14-12-2018 Alineatul (5) din Articolul 244 , Secțiunea a 3-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 109 din 13 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1062 din 14 decembrie 2018)

(6) Medicamentele expirate și/sau neutilizate provenite de la populație vor fi colectate la spitale publice sau private, care sunt obligate să le primească în scopul eliminării lor finale.

(la 14-10-2023 Articolul 244, Secțiunea a 3-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost completat de Punctul 1., Articolul I din LEGEA nr. 269 din 10 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 916 din 11 octombrie 2023)

(7) Costurile pentru desfășurarea operațiunilor prevăzute la alin. (6) de către spitalele publice sau private se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Metodologia se stabilește prin norme aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(la 01-01-2024 Articolul 244, Secțiunea a 3-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost completat de Punctul 1., Articolul I din LEGEA nr. 269 din 10 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 916 din 11 octombrie 2023)

SECȚIUNEA a 4-a

Servicii medicale de îngrijiri la domiciliu și alte servicii speciale

ART. 245

(1) Asigurații au dreptul să primească unele servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, acordate de un furnizor autorizat și acreditat sau înscris în procesul de acreditare, în condițiile legii.

(la 03-02-2023 Alineatul (1) din Articolul 245 , Secțiunea a 4-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc prin contractul-cadru.

ART. 246

Asigurații au dreptul la transport sanitar, necesar pentru realizarea unui serviciu medical, în cazurile prevăzute în contractul-cadru.

SECȚIUNEA a 5-a

Servicii medicale acordate asiguraților pe teritoriul altor state

ART. 247

(1) Persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de servicii medicale pe teritoriul acestor state, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

(2) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte este efectuată de casele de asigurări de sănătate prin intermediul CNAS.

(3) Pentru efectuarea operațiunilor prevăzute la alin. (2) CNAS poate deschide conturi la o instituție bancară în care casele de asigurări de sănătate vor vira sumele reprezentând cheltuielile

ocazionate de acordarea serviciilor medicale și a altor prestații persoanelor menționate la alin. (1), în condițiile documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte. Metodologia de efectuare a acestor plăți se stabilește prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul Ministerului Finanțelor Publice.

SECȚIUNEA a 6-a

Servicii medicale care nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

ART. 248

(1) Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt:

- a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;

(la 25-08-2020 Litera e) din Alineatul (1) , Articolul 248 , Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 4, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- g) serviciile medicale solicitate și eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizarea in vitro;
- i) asistența medicală la cerere;
- j) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului;
- k) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive;

(la 21-11-2022 Litera k) a alineatul (1) din Articolul 248, Secțiunea 6-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

- l) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- m) unele servicii și proceduri de reabilitare;
- n) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unități medico-sociale;
- o) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și al cabinetelor de medicină a muncii;
- p) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
- q) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici stomatologi pe perioada rezidențiatului;
- r) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning din structura spitalului;

r¹) serviciile de consiliere psihologică postnatală acordate în cadrul unităților sanitare de specialitate ori unităților sanitare care au în structură secții/compartimente de obstetrică-ginecologie;

(la 15-01-2023 Alineatul (1) din Articolul 248 , Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 33 din 11 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2023)

s) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

t) activități de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin contractul-cadru.

ț) testarea cu teste rapide antigen din proba nazofaringiană în vederea depistării infecției cu SARS-CoV-2 desfășurată prin farmaciile comunitare și oficiile comunitare rurale.

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 248 , Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 37, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

u) transplantul de organe, țesuturi sau celule de origine umană, cu excepția cazurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele de aplicare ale acestuia, precum și a tratamentului în ambulatoriu al stării posttransplant pentru bolnavii transplantați, asigurat în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

(la 03-02-2023 Alineatul (1) din Articolul 248 , Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(1¹) Prin excepție de la alin. (1) lit. e), din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă contravaloarea reconstrucției mamare prin endoprotezare și a simetrizării consecutive acesteia în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice.

(la 25-08-2020 Articolul 248 din Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(2) Pentru serviciile care nu sunt decontate din fond, necesare personalului armatei și al Ministerului Afacerilor Interne care a fost rănit, a devenit invalid ori a dobândit alte afecțiuni fizice sau psihice pe timpul participării la acțiuni militare ori în legătură cu acestea, contravaloarea se asigură de la bugetul de stat, în condițiile stabilite prin hotărâre a Guvernului.

(3) Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. b), c), f) și m) și contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. k) se stabilesc prin contractul-cadru.

(4) Cheltuielile pentru activitățile prevăzute la alin. (1) lit. q), r) și s) se suportă din bugetul de stat.

(5) Cheltuielile pentru activitățile prevăzute la alin. (1) lit. n) se asigură prin transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătății.

(6) Cheltuielile pentru activitățile prevăzute la alin. (1) lit. Ț) se asigură prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății către FNUASS.

(la 03-09-2022 Articolul 248 din Secțiunea a 6-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 38, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

SECȚIUNEA a 7-a

Asigurarea calității

ART. 249

(1) Evaluarea calității serviciilor de sănătate în vederea acreditării unităților sanitare revine Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

(2) Evaluarea în vederea acreditării și acreditarea unităților sanitare se fac în baza standardelor, procedurilor și metodologiei elaborate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.

(la 14-03-2016 Alin. (2) al art. 249 a fost modificat de pct. 4 al art. unic din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 5 din 10 martie 2016 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 189 din 14 martie 2016.)

(2¹) Pentru a intra în procesul de evaluare în vederea acreditării este necesar ca în cadrul unităților sanitare să existe o structură de management al calității serviciilor de sănătate.

(la 26-05-2020 Articolul 249 din Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 80 din 21 mai 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 440 din 26 mai 2020)

Potrivit alin. (1) al art. III din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 80 din 21 mai 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 440 din 26 mai 2020, unitățile sanitare care nu îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 249 alin. (2¹) și (2²) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost completată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 80/2020, au obligația îndeplinirii acestor condiții în termen de un an de la data intrării în vigoare a ordonanței de urgență mai sus amintită.

(2²) În structura de management al calității serviciilor de sănătate prevăzută la alin. (2¹) trebuie să existe cel puțin un post de medic. Organizarea, funcționarea și atribuțiile principale ale acestei structuri se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

(la 26-05-2020 Articolul 249 din Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 80 din 21 mai 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 440 din 26 mai 2020)

Potrivit alin. (1) al art. III din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 80 din 21 mai 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 440 din 26 mai 2020, unitățile sanitare care nu îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 249 alin. (2¹) și (2²) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost completată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 80/2020, au obligația îndeplinirii acestor condiții în termen de un an de la data intrării în vigoare a ordonanței de urgență mai sus amintită.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie, potrivit legii, contracte cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care respectă următoarele condiții:

a) sunt autorizați și evaluați potrivit art. 253, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

b) sunt autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze și, respectiv, sunt autorizați și acreditați, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

c) dispun de un sistem informațional și informatic a cărui utilizare permite evidența, raportarea, decontarea și controlul serviciilor medicale efectuate, conform cerințelor CNAS;

d) utilizează pentru tratamentul afecțiunilor numai medicamente din Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman;

e) utilizează materiale sanitare și dispozitive medicale autorizate, conform legii.

(la 25-08-2020 Alineatul (3) din Articolul 249 , Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 6, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(4) Abrogat.

(la 30-12-2018 Alineatul (4) din Articolul 249 , Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 2, Articolul II din LEGEA nr. 329 din 21 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1103 din 27 decembrie 2018)

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (3) și art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, în anul 2018, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.

(la 07-12-2017 Articolul 249 din Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(6) Prin excepție de la prevederile alin. (3) și prin derogare de la prevederile art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, în anul 2019, în sistemul

de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.

(la 07-12-2017 Articolul 249 din Secțiunea a 7-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost completat de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 250

Calitatea serviciilor de sănătate furnizate de către unitățile sanitare este verificată, în cursul unui ciclu de acreditare, de către structurile de control al calității serviciilor de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății și al direcțiilor de sănătate publică.

SECȚIUNEA a 8-a

Acțiuni comune pentru sănătate

ART. 251

În scopul realizării obiectivelor Strategiei naționale de sănătate, Ministerul Sănătății elaborează programele naționale de sănătate în colaborare cu CNAS.

ART. 252

Medicamentele care se acordă în ambulatoriu în cadrul programelor naționale de sănătate curative se asigură prin farmaciile aparținând unităților sanitare prin care acestea se derulează sau prin alte farmacii, după caz.

SECȚIUNEA a 9-a

Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, de medicamente și materiale sanitare

(la 21-11-2022 Denumirea Secțiunii 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 253

(1) Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente, care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și Ministerul Sănătății, pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Procesul de evaluare cuprinde cabinetele de medicină de familie, cabinetele medicale dentare și cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, laboratoarele de analize medicale și de

anatomie patologică, furnizorii de dispozitive medicale care realizează doar activitate de comercializare, unitățile farmaceutice - farmacii și oficine de circuit deschis, precum și alte persoane fizice sau juridice autorizate în acest sens de Ministerul Sănătății.

(la 03-02-2023 Alineatul (2) din Articolul 253 , Secțiunea a 9-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(3) Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente, prevăzuți la alin. (2), se face la nivel național sau județean.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Comisiile de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente la nivel național sunt formate din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai CNAS, iar, la nivel județean, comisiile de evaluare sunt formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și, după caz, ai ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii.

(la 21-11-2022 Alineatul (4) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(5) Regulamentul de funcționare a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente, prevăzuți la alin. (2), se elaborează de comisiile naționale și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS. Standardele de evaluare elaborate de comisiile naționale de evaluare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(la 21-11-2022 Alineatul (5) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(6) Metodologia și nivelul de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente, prevăzuți la alin. (2), se elaborează și se stabilesc de către comisiile organizate la nivel național și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(la 21-11-2022 Alineatul (6) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(7) Pentru realizarea procesului de evaluare, furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și medicamente au obligația plății unei taxe de evaluare

al cărei cuantum se aprobă prin metodologia prevăzută la alin. (6). Veniturile obținute în urma activității de evaluare se constituie venituri proprii la fond.

(la 21-11-2022 Alineatul (7) din Articolul 253, Secțiunea 9-a, Capitolul III, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(8) Abrogat.

(la 10-11-2022 Alineatul (8) din Articolul 253 , Secțiunea a 9-a , Capitolul III , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 6, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022)

CAP. IV

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

(la 21-11-2022 Denumirea Capitolului IV din Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 254

(1) Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și de medicamente, care pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:

- a) unitățile sanitare publice sau private, organizate conform prevederilor legale în vigoare, autorizate, evaluate și selectate în condițiile legii;
- b) farmaciile, distribuitorii și producătorii de medicamente și materiale sanitare;
- c) alte persoane fizice și juridice care furnizează servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 254, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Selectarea unităților sanitare cu paturi, care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, se realizează de către o comisie de selecție numită prin ordin al ministrului sănătății pe baza unor criterii obiective aprobate prin același ordin.

(3) Comisia prevăzută la alin. (2) prezintă raportul analizei efectuate și lista unităților sanitare cu paturi, care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate. Raportul analizei efectuate și lista unităților sanitare cu paturi se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(4) Casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru furnizarea de servicii numai cu unitățile care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și Ministerul Sănătății și care

nu sunt cuprinse în hotărâre a Guvernului pentru aprobarea raportului comisiei de selecție și a listei unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 255

(1) Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și casele de asigurări sunt de natură civilă, reprezintă acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 255, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Se autorizează CNAS și casele de asigurări de sănătate să încheie angajamente legale suplimentare în anul 2009, în limita sumei totale de 2.800 milioane lei, pentru servicii medicale și medicamente, cu termen de plată în anul 2010, în condițiile stabilite prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(3) Se autorizează CNAS să introducă în anexele și bugetul fondului detalierea pe programe a creditelor de angajament suplimentare prevăzute la alin. (2) și să comunice Ministerului Finanțelor Publice modificările introduse.

(4) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale sunt obligați să prezinte, la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, asigurări de răspundere civilă în domeniul medical în concordanță cu tipul de furnizor, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat. Nivelul limitelor de asigurare pe categorii de furnizori care intră în relații contractuale cu casele de asigurări se stabilește de CNAS cu avizul CMR, CFR, CMSR, OAMMR, OBBC și al Colegiului Fizioterapeuților din România, după caz. Societățile de asigurări care oferă asigurări de răspundere civilă în domeniul medical trebuie să fie autorizate de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

(la 03-09-2021 Alineatul (4) din Articolul 255 , Capitolul IV , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 27, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(5) Abrogat.

(la 03-09-2021 Alineatul (5) din Articolul 255 , Capitolul IV , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 28, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

(6) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din fond.

(la 21-11-2022 Alineatul (6) din Articolul 255, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL

ART. 256

Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive încheie cu casele de asigurări contracte pe baza modelelor de contracte prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, în cuprinsul cărora pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare, negociate, în limita prevederilor legale în vigoare.

(la 21-11-2022 Articolul 256 din Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 257

Refuzul caselor de asigurări de a încheia contracte cu furnizorii pentru serviciile medicale din pachetele de servicii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

ART. 258

(1) Casele de asigurări încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 258, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

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

(3) Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii cu mai multe case de asigurări dintr-o anumită regiune se stabilesc prin contractul-cadru.

ART. 259

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive cuprind și obligațiile părților legate de derularea în condiții optime a clauzelor contractuale, precum și clauze care să reglementeze condițiile de plată a serviciilor furnizate până la definitivarea unui nou contract între părți, pentru perioada următoare celei acoperite prin contract.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 259, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Decontarea serviciilor medicale și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor.

(la 21-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 259, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 260

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

ART. 261

(1) Plata furnizorilor de servicii medicale poate fi:

- a) în asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie, prin tarif pe persoană asigurată, tarif pe serviciu medical;
- b) în asistența medicală din spitale și alte unități sanitare publice sau private, în afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical;
- c) prin tarife pentru anumite servicii, stabilite prin contractul-cadru;
- d) prin preț de referință prevăzut în lista medicamentelor cu sau fără contribuție personală;
- e) prin preț de decontare pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis pentru asigurații cuprinși în programele naționale de sănătate curative;

(la 21-11-2022 Litera e) din Alineatul (1), Articolul 261, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

f) prin preț de referință pentru unele servicii medicale sau prin preț de referință prevăzut în lista de materiale sanitare și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive sau, după caz, prin sumă de închiriere pentru cele acordate pentru o perioadă determinată;

(la 21-11-2022 Litera f) din Alineatul (1), Articolul 261, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

g) prin preț de achiziție al medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altele asemenea utilizate în unitățile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative.

(la 21-11-2022 Litera g) din Alineatul (1), Articolul 261, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în

(1¹) Pentru atingerea unor ținte în acordarea unor servicii medicale din asistența medicală primară, plata furnizorilor de servicii medicale se poate realiza și prin plata în funcție de performanță, în condițiile stabilite prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

(la 03-09-2022 Articolul 261 din Capitolul IV , Titlul VIII a fost completat de Punctul 39, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(1²) Sumele aferente plăților prevăzute la alin. (1¹) se suportă din bugetul alocat asistenței medicale primare în Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii, pentru persoanele care fac dovada calității de asigurat, și de la bugetul de stat, prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru persoanele prevăzute la art. 232 alin. (3²).

(la 03-09-2022 Articolul 261 din Capitolul IV , Titlul VIII a fost completat de Punctul 39, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(1³) Plata în funcție de performanță se poate realiza prin bonificații acordate după îndeplinirea indicatorilor de performanță, în condițiile stabilite prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

(la 03-09-2022 Articolul 261 din Capitolul IV , Titlul VIII a fost completat de Punctul 39, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

(la 21-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 261, Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 262

Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări și furnizorii de servicii medicale, indiferent de casa de asigurări unde este luat în evidență asiguratul, pe baza documentelor justificative stabilite prin contractul-cadru.

(la 21-11-2022 Articolul 262 din Capitolul IV, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 263

(1) Asistența medicală și îngrijirile medicale la domiciliul asiguratului se contractează de casele de asigurări de sănătate cu furnizori autorizați și evaluați sau, după caz, acreditați sau înscrși în procesul de acreditare, în condițiile legii.

(la 03-02-2023 Alineatul (1) din Articolul 263 , Capitolul IV , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(2) Abrogat.

(la 10-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 263 , Capitolul IV , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în

ART. 264

Consultațiile de urgență la domiciliu și transportul sanitar neasistat, asigurate de furnizori privați, se acordă prin unități medicale specializate autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare.

(la 03-02-2023 Articolul 264 din Capitolul IV , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

CAP. V

Finanțarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive

(la 21-11-2022 Denumirea Capitolului V din Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

SECȚIUNEA 1

Constituirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

ART. 265

(1) Fondul se formează din:

a) contribuții ale persoanelor fizice;

(la 01-01-2018 Litera a) din Alineatul (1) , Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

a¹) sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, potrivit art. 220⁶ alin. (4) litera d) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare;

(la 01-01-2018 Alineatul (1) din Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

a²) sumele provenite din protocoalele încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora;

(la 12-08-2019 Alineatul (1) din Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA nr. 9 din 8 august 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 668 din 09 august 2019)

a³) sume provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002;

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost completat de Punctul 40, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

- b) subvenții de la bugetul de stat;
- c) dobânzi, donații, sponsorizări, venituri obținute din exploatarea patrimoniului CNAS și caselor de asigurări, precum și alte venituri, în condițiile legii;
- d) sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății.

(2) Colectarea contribuțiilor datorate de persoanele obligate să se asigure, precum și a contribuției asiguratorii pentru muncă datorată de angajator se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin ANAF și organele fiscale subordonate acesteia, potrivit prevederilor Codului de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

(la 01-01-2018 Alineatul (2) din Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 16, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(3) Pentru acoperirea deficitului bugetului fondului, în vederea asigurării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altor servicii la care au dreptul asigurații, după epuizarea fondului de rezervă veniturile bugetului fondului se completează cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 265, Secțiunea 1, Capitolul V, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Fondul de rezervă se constituie în anii în care bugetul fondului este excedentar, nu primește sume în completare de la bugetul de stat potrivit alin. (3) și se constituie numai după acoperirea deficitelor din anii precedenți ale bugetului fondului.

(5) Veniturile asupra cărora se stabilește contribuția asiguratorie pentru muncă și cota de contribuție sunt prevăzute în Legea nr. 227/2015.

(la 01-01-2018 Alineatul (5) din Articolul 265 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 16, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 266

(1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 224 alin. (1).

(2) Veniturile asupra cărora se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute în Codul fiscal.

(3) Abrogat.

(la 07-12-2017 Alineatul (3) din Articolul 266 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 17, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(4) Termenul de prescripție a obligației de plată privind contribuția de asigurări sociale de sănătate este prevăzut în Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

(la 07-12-2017 Alineatul (4) din Articolul 266 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 267

(1) Abrogat.

(la 01-01-2018 Alineatul (1) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 19, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(2) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează în termen de 3 luni de la data încetării raporturilor de muncă/serviciu.

(la 23-03-2018 Alineatul (2) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

(2[^]1) Pentru categoriile de persoane asigurate fără plata contribuției prevăzute la art. 224 alin. (1), calitatea de asigurat încetează în termen de 1 lună de la data la care persoanele nu se mai încadrează în aceste categorii de asigurați, cu excepția studenților, pentru care calitatea de asigurat încetează în termen de 3 luni de la data la care aceștia nu se mai încadrează în categoria de persoane asigurate fără plata contribuției.

(la 10-11-2022 Alineatul (2[^]1) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022)

(2[^]2) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației, prevăzută la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.

(la 14-12-2018 Alineatul (2²) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 4, ARTICOLUL UNIC din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 109 din 13 decembrie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1062 din 14 decembrie 2018)

(2³) Pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. b) și c) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la expirarea a 12 luni de la data depunerii declarației prevăzute la art. 174 alin. (3) din aceeași lege, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.

(la 01-05-2019 Alineatul (2³) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Articolul III din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 26 din 18 aprilie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 309 din 19 aprilie 2019)

Potrivit alin. (4) al art. V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 26 din 18 aprilie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 309 din 19 aprilie 2019, prevederile art. III intră în vigoare la data de 1 mai 2019.

(2⁴) După expirarea perioadelor prevăzute la alin. (2)-(2³), pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat, sunt aplicabile prevederile art. 232.

(la 23-03-2018 Articolul 267 din Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost completat de Punctul 6, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

(3) Abrogat.

(la 01-01-2018 Alineatul (3) din Articolul 267 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 19, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 268

(1) Abrogat.

(la 01-01-2018 Alineatul (1) din Articolul 268 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 20, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(2) Abrogat.

(la 15-01-2017 Alineatul (2) din Articolul 268 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 5, Articolul II din LEGEA nr. 2 din 12 ianuarie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2017)

(3) Abrogat.

(la 15-01-2017 Alineatul (3) din Articolul 268 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 5, Articolul II din LEGEA nr. 2 din 12 ianuarie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2017)

(4) Abrogat.

(la 15-01-2017 Alineatul (4) din Articolul 268 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 5, Articolul II din LEGEA nr. 2 din 12 ianuarie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2017)

(5) Străinii beneficiari ai unei forme de protecție potrivit Legii nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevăzute de prezenta lege pentru cetățenii români.

(la 03-09-2022 Alineatul (5) din Articolul 268 , Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 41, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

ART. 269

Abrogat.

(la 01-01-2018 Articolul 269 din Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost abrogat de Punctul 21, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

ART. 270

Activitatea privind declararea, stabilirea, controlul și colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuția de asigurări sociale de sănătate se realizează de către ANAF, prin structurile de specialitate cu atribuții de administrare a creanțelor fiscale, inclusiv unitățile subordonate.

(la 07-12-2017 Articolul 270 din Secțiunea 1 , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 22, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

SECȚIUNEA a 2-a

Utilizarea și administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

ART. 271

(1) Sumele colectate în condițiile art. 265 alin. (2) se utilizează astfel:

a) pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte;

(la 21-11-2022 Litera a) din Alineatul (1), Articolul 271, Secțiunea a 2-a, Capitolul V, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

b) o cotă de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS și caselor de asigurări de sănătate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%;

c) fondul de rezervă în cotă de 1% din sumele constituite anual la nivelul CNAS, în condițiile prevăzute la art. 265 alin. (4).

(2) Veniturile fondului se utilizează și pentru plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii.

ART. 272

Cheltuielile pentru asigurarea pachetului minimal de servicii în asistența medicală primară acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și al asistenței medicale comunitare sunt suportate de la bugetul de stat; finanțarea serviciilor pentru activitatea de asistență medicală de urgență și prim ajutor calificat prevăzute la art. 96 și art. 100 alin. (1), (2), (5), (7) și (8) se suportă din sursele prevăzute la art. 96 și art. 100.

(la 03-09-2022 Articolul 272 din Secțiunea a 2-a , Capitolul V , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 42, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

Potrivit alineatului (1) al art. IV din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022, prevederile art. 221 alin. (1) lit. d), ale art. 232 alin. (3¹)-(3⁴), ale art. 261 alin. (1¹)-(1³) și ale art. 272 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale prevăzute la art. 232 alin. (3¹) și art. 261 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 273

(1) Veniturile fondului nu pot fi utilizate pentru:

a) investiții pentru construirea și consolidarea de unități sanitare;

b) achiziționarea aparaturii medicale de la nivelul și condițiile stabilite prin hotărâre a Guvernului;

c) măsuri profilactice și tratamente instituite obligatoriu prin norme legale, altele decât cele prevăzute de prezenta lege.

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

ART. 274

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

(2) Bugetele de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări se aprobă de ordonatorul principal de credite, în condițiile legii.

ART. 275

(1) Sumele rămase neutilizate la nivelul caselor de asigurări la sfârșitul fiecărui an se virează în contul CNAS.

(2) Sumele rămase neutilizate la nivelul CNAS la sfârșitul fiecărui an se reportează în anul următor și se utilizează pentru destinațiile prevăzute la art. 271 alin. (1).

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

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

(5) Disponibilitățile temporare ale fondului, precum și disponibilitățile fondului de rezervă se păstrează la trezoreria statului și sunt purtătoare de dobândă.

(6) Din disponibilitățile fondului de rezervă și din excedentele înregistrate de fond din anii precedenți pot fi constituite depozite la termen la Trezoreria Statului, în condițiile stabilite prin convenție încheiată între CNAS și Ministerul Finanțelor Publice.

CAP. VI

Organizarea caselor de asigurări de sănătate

SECȚIUNEA 1

Constituirea caselor de asigurări de sănătate și organizarea administrativă

ART. 276

(1) CNAS, instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administrației publice centrale, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, are sediul în municipiul București, Calea Călărașilor nr. 248, sectorul 3.

(2) În domeniul sanitar, CNAS asigură aplicarea politicilor și programelor Guvernului în coordonarea Ministerului Sănătății.

(3) CNAS are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și are în subordine casele de asigurări de sănătate județene și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(4) CNAS funcționează pe baza statutului propriu, avizat de consiliul de administrație, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu avizul Ministerului Sănătății. Casele de asigurări funcționează pe baza statutului propriu, care trebuie să respecte prevederile statutului-cadru și care se aprobă de consiliul de administrație al CNAS, cu avizul Ministerului Sănătății. Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești își desfășoară activitatea potrivit prevederilor legale de organizare și funcționare a caselor de asigurări județene din cadrul sistemului de asigurări de sănătate, cu păstrarea specificului activității.

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

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

(6) Condițiile de încheiere și derulare a mandatelor directorilor generali ai CNAS și ai caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în statutul propriu al CNAS.

(la 25-08-2020 Articolul 276 din Secțiunea 1 , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 7, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 277

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

(2) Casele de asigurări gestionează bugetul fondului aprobat, cu respectarea prevederilor prezentei legi, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local, și pot derula și dezvolta și activități pentru valorizarea fondurilor gestionate.

(la 15-01-2017 Alineatul (2) din Articolul 277 , Secțiunea 1 , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 7, Articolul II din LEGEA nr. 2 din 12 ianuarie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 36 din 12 ianuarie 2017)

ART. 278

(1) Pe lângă CNAS funcționează comisii de experți pentru implementarea programelor naționale de sănătate, finanțate din fond, precum și alte activități stabilite prin ordin al președintelui CNAS.

(2) Membrii comisiilor de experți prevăzute la alin. (1) beneficiază de o indemnizație lunară de 1% din indemnizația președintelui CNAS, care se acordă proporțional cu numărul de participări efective la ședințe. Indemnizațiile și cheltuielile de deplasare ocazionate de participarea în comisii de experți sunt suportate de CNAS. Regulamentul de organizare și funcționare și atribuțiile comisiilor de experți se stabilesc prin ordin al președintelui CNAS.

(la 25-08-2020 Articolul 278 din Secțiunea 1 , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 8, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 279

Casele de asigurări pot înființa oficii de asigurări de sănătate fără personalitate juridică, la nivelul orașelor, al municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, în baza criteriilor stabilite prin ordin al președintelui CNAS.

SECȚIUNEA a 2-a

Atribuțiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 280

(1) Atribuțiile CNAS sunt următoarele:

- a) gestionează fondul prin președintele CNAS, împreună cu casele de asigurări;
- b) elaborează, implementează și gestionează procedurile și formularele unitare, avizate de Ministerul Sănătății, 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, cu avizul conform al Ministerului Sănătății;

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 Guvernului, a ministrului sănătății și a asiguraților;

g) elaborează proiectul contractului-cadru, care se prezintă de către Ministerul Sănătății spre aprobare Guvernului;

h) elaborează condițiile privind acordarea asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu consultarea CMR și CMSR;

i) participă anual la elaborarea listei de medicamente eliberate cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripțiilor medicale, pentru persoanele asigurate;

j) administrează și întreține bunurile imobile și baza materială din patrimoniu, în condițiile legii;

k) asigură organizarea sistemului informatic și informațional unic integrat pentru înregistrarea asiguraților și pentru gestionarea și administrarea fondului. Indicatorii folosiți în raportarea datelor în sistemul de asigurări de sănătate sunt unitari și se stabilesc de către Ministerul Sănătății, la propunerea CNAS, CMR și CMSR;

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) încheie și derulează contracte de furnizare de servicii medicale de dializă;

o) asigură logistica și baza materială necesare activității de pregătire și formare profesională a personalului, din cheltuielile de administrare a fondului;

p) inițiază, negociază și încheie cu instituții similare documente de cooperare internațională în domeniul său de activitate, cu avizul conform al Ministerului Sănătății;

r) îndeplinește funcția de organism de legătură, care asigură comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

s) prezintă un raport anual Guvernului privind starea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

t) prezintă rapoarte Parlamentului, la solicitarea acestuia;

u) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

(2) CNAS organizează și administrează Platforma informatică din asigurările de sănătate - de interes național și utilitate publică - care cuprinde: sistemul informatic unic integrat, sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate, sistemul național de prescriere electronică și sistemul dosarului electronic de sănătate al pacientului care cuprinde datele și se constituie în condițiile stabilite prin titlul IX¹, precum și sistemul integrat de management în sistemul de asigurări sociale de sănătate, asigurând interoperabilitatea acestuia cu soluțiile de e-Sănătate la nivel național, în condițiile legii, pentru utilizarea eficientă a informațiilor în elaborarea politicilor de sănătate și pentru managementul sistemului de sănătate.

(la 01-01-2024 Alineatul (2), Articolul 280, Secțiunea a 2-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 17., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

(3) Realizarea atribuțiilor care revin CNAS, potrivit prezentei legi, este supusă controlului organelor competente potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(4) Condițiile tehnice de securitate și condițiile de acces la Platforma informatică din asigurările de sănătate pentru ministerele și instituțiile din sistemul național de apărare, ordine publică și securitate națională se stabilesc prin ordin comun al conducătorilor acestora, al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(la 03-09-2021 Articolul 280 din Secțiunea a 2-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 30, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

Conform alineatului (5) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, actul normativ prevăzut la art. I pct. 30 va fi elaborat și publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

(5) În vederea digitalizării, informatizării și dezvoltării platformei prevăzute la alin. (2), CNAS poate colabora cu autorități și instituții publice.

(la 03-09-2021 Articolul 280 din Secțiunea a 2-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 30, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

Conform alineatului (5) al articolului IV din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021, actul normativ prevăzut la art. I pct. 30 va fi elaborat și publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

ART. 281

Atribuțiile caselor de asigurări sunt următoarele:

a) abrogată.

(la 03-09-2021 Litera a) din Articolul 281 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost abrogată de Punctul 31, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

b) să administreze bugetele proprii;

c) să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asigurați și să le comunice CNAS;

d) să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor;

e) abrogată.

(la 03-09-2021 Litera e) din Articolul 281 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost abrogată de Punctul 31, Articolul I din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

f) să furnizeze gratuit informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;

g) să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale;

h) să negocieze, să contracteze și să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru;

i) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora;

j) pot să organizeze licitații în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru;

k) să asigure, în calitate de instituții competente, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale și a altor prestații, în condițiile respectivelor documente internaționale;

l) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

SECȚIUNEA a 3-a

Organele de conducere

[ART. 282](#)

(1) CNAS are următoarele organe de conducere:

a) adunarea reprezentanților;

b) consiliul de administrație;

c) președintele;

d) comitetul director;

e) doi vicepreședinți;

(la 25-02-2021 Litera e) din Alineatul (1) , Articolul 282 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 4, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

f) directorul general.

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

a) să fie cetățeni români și să aibă domiciliul pe teritoriul României;

b) să aibă calitatea de asigurat;

c) să nu aibă cazier judiciar sau fiscal.

(3) Membrii consiliului de administrație au obligația de a depune declarație de avere și o declarație de interese cu privire la incompatibilitățile prevăzute de prezenta lege, în termen de 15 zile de la numirea în Consiliul de administrație al CNAS. Declarația de interese va fi actualizată ori de câte ori intervin modificări. Actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data modificării respective. Declarațiile se vor afișa pe site-ul CNAS. Modelul declarației de interese se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.

[ART. 283](#)

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

a) reprezentanți ai asiguraților delegați de consiliile județene și de Consiliul General al Municipiului București, în număr de unu pentru fiecare județ și doi pentru municipiul București. Desemnarea acestor reprezentanți se face în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi;

b) 31 de membri numiți astfel: 2 de către Președintele României, 3 de către primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății, 3 de către Senat, la propunerea comisiei de specialitate, 3 de către Camera Deputaților, la propunerea comisiei de specialitate, un reprezentant al Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, un reprezentant al Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, 5 de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național, 5 de către organizațiile sindicale reprezentative la nivel național, 7 reprezentanți ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, respectiv câte un reprezentant al Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Justiției, Ministerului Transporturilor, Serviciului Român de Informații, Serviciului de Informații Externe și Serviciului de Telecomunicații Speciale, și un reprezentant al Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

(2) Sunt reprezentative la nivel național asociațiile patronale și organizațiile sindicale care îndeplinesc condițiile prevăzute de Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

ART. 284

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

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

ART. 285

Adunarea reprezentanților are următoarele atribuții:

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

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

ART. 286

(1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constituie din 9 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

(la 30-03-2021 Partea introductivă a alineatului (1) din Articolul 286 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 3, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

a) 6 reprezentanți ai statului, dintre care 2 sunt numiți de Președintele României, iar 4 sunt numiți de prim-ministru, la propunerea ministrului sănătății;

(la 30-03-2021 Litera a), alineatul (1) din Articolul 286 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 3, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

*) Notă CTCE:

Reproducem mai jos prevederile art. 18 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021

, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021:

Articolul 18

(1) Până la constituirea consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile prevăzute la art. 286 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată , cu modificările și completările ulterioare, își va desfășura activitatea consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aflat în exercițiu la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Mandatele membrilor consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aflate în curs de derulare la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei ordonanțe de urgență rămân valabile până la expirarea acestora.

b) un membru numit de către confederațiile patronale reprezentative la nivel național;
c) un membru numit de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;
d) un membru numit de primul-ministru, cu consultarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

(2) Prevederile art. 283 alin. (3) se aplică și în cazul consiliului de administrație.

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

ART. 287

(1) Președintele consiliului de administrație este președintele CNAS și are rang de secretar de stat. Președintele CNAS are dreptul la organizarea cabinetului demnitarului în structura CNAS și în limita numărului de posturi prevăzut de lege pentru funcția de secretar de stat. Președintele CNAS este numit de primul-ministru dintre membrii consiliului de administrație, la propunerea ministrului sănătății.

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

(la 25-02-2021 Alineatul (2) din Articolul 287 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

(3) Președintele, vicepreședinții și directorul general ai CNAS se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, pe perioada executării mandatului, cu excepția celor prevăzute la art. 292 alin. (1).

(la 25-02-2021 Alineatul (3) din Articolul 287 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021)

ART. 288

(1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 6 membri.

(la 30-03-2021 Alineatul (1) din Articolul 288 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 4, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

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

(3) În condițiile în care la prima convocare a unei ședințe a consiliului de administrație nu se îndeplinește cvorumul prevăzut la alin. (1), președintele CNAS, în calitate de președinte al consiliului de administrație, are dreptul să convoace o nouă ședință în termen de maximum 7 zile, în cadrul căreia hotărârile sunt luate cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

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

(5) La ședințele consiliului de administrație președintele CNAS poate invita persoane care au legătură cu subiectele supuse dezbaterii.

(6) Ministrul sănătății are calitatea de invitat permanent la ședințele consiliului de administrație al CNAS și prezidează, fără a avea drept de vot, ședințele la care participă.

ART. 289

(1) Consiliul de administrație al CNAS are următoarele atribuții:

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

b) aprobă regulamentul de organizare și funcționare a comisiilor de evaluare și standardele de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, precum și a furnizorilor de servicii conexe actului medical pentru persoanele cu tulburări din spectrul autist;

(la 10-11-2022 Litera b) din Alineatul (1) , Articolul 289 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 150 din 9 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1084 din 10 noiembrie 2022)

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

d) aprobă programul de investiții;

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

f) aprobă atribuțiile vicepreședinților, la propunerea președintelui;

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședintelui a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

g) avizează statutul propriu al CNAS, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și aprobă statutul-cadru al caselor de asigurări, la propunerea Comitetului director;

h) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare;

i) aprobă strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea și utilizarea fondului;

j) aprobă proiectul bugetului fondului și îl supune aprobării ordonatorului principal de credite, în condițiile legii;

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

l) avizează utilizarea fondului de rezervă;

m) analizează semestrial stadiul derulării contractelor și împrumuturilor;

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

o) aprobă, în baza raportului Curții de Conturi, bilanțul contabil și descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS și pentru casele de asigurări;

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

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

s) aprobă criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților;

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

u) avizează organigrama CNAS și organigramele caselor de asigurări teritoriale, la propunerea Comitetului director; organigramele care se aprobă prin ordin al președintelui CNAS;

v) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.

(2) Consiliul de administrație se întrunește lunar, la convocarea președintelui CNAS. Consiliul de administrație se poate întruni și în ședințe extraordinare, la cererea președintelui sau a cel puțin unei treimi din numărul membrilor săi.

(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin Consiliul de administrație al CNAS adoptă hotărâri, în condițiile prevăzute la art. 288.

(4) Modul de rezolvare a divergențelor dintre președintele CNAS și consiliul de administrație, în îndeplinirea atribuțiilor stabilite în prezenta lege, se reglementează prin statutul CNAS.

ART. 290

(1) Președintele CNAS este ordonator principal de credite pentru administrarea și gestionarea fondului și reprezintă CNAS în relațiile cu terții și pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Președintelui CNAS îi sunt aplicabile prevederile legii responsabilității ministeriale.

ART. 291

(1) Atribuțiile principale ale președintelui CNAS sunt următoarele:

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

b) organizează și coordonează activitatea de audit și control în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit atribuțiilor specifice ale CNAS și ale caselor de asigurări; activitatea de audit se poate desfășura la nivel regional, în condițiile stabilite prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul Consiliului de administrație al CNAS;

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

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

e) prezidează ședințele adunării reprezentanților;

f) alte atribuții stabilite prin Statutul CNAS;

g) solicită avizul Ministerului Sănătății înaintea depunerii proiectului bugetului de venituri și cheltuieli, precum și a proiectului de rectificare bugetară la Ministerul Finanțelor Publice;

h) prezintă Ministerului Sănătății trimestrial și anual, precum și în cadrul unor analize funcționale activitățile realizate de CNAS cu privire la serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive furnizate asiguraților, inclusiv cele din cadrul programelor naționale de sănătate curative, contractarea, decontarea și finanțarea acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și execuția bugetului;

(la 21-11-2022 Litera h) din Alineatul (1), Articolul 291, Secțiunea a 3-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

i) supune aprobării ministrului sănătății reglementările propuse în cadrul politicilor din domeniul sanitar.

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

ART. 292

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

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședintele a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

(2) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai CNAS, cu excepția președintelui și a vicepreședinților, și nu pot ocupa funcții în structurile executive ale caselor de asigurări. Aceștia nu pot exercita activități la societăți reglementate de Legea nr. 31/1990

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sau la alte unități care se află în relații contractuale cu casele de asigurări.

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședintelui a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

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

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

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

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședinte a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședintelui a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

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

(5) Membrii Consiliului de administrație al CNAS beneficiază de o indemnizație lunară de 15% din indemnizația președintelui CNAS, în condițiile prezentei efective la ședințele consiliului de administrație, proporțional cu numărul de ședințe ale consiliului de administrație la care participă efectiv și cu încadrarea în cheltuielile de administrare, funcționare și de capital prevăzute la art. 271 alin. (1) lit. b).

(la 15-12-2023 Alineatul (5), Articolul 292, Secțiunea a 3-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 3., Articolul I din LEGEA nr. 378 din 11 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1118 din 12 decembrie 2023)

(6) Pot face parte din Consiliul de administrație al CNAS doar persoanele care fac dovada îndeplinirii cumulative a următoarelor condiții:

a) să fie absolvenți de studii superioare finalizate cu diplomă de licență;

b) să aibă, la data numirii, cel puțin 5 ani de experiență profesională în unul dintre următoarele domenii: medicină, farmacie, drept, economie sau management.

(la 15-12-2023 Articolul 292, Secțiunea a 3-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost completat de Punctul 3., Articolul I din LEGEA nr. 378 din 11 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1118 din 12 decembrie 2023)

ART. 293

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

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

(la 25-08-2020 Alineatul (2) din Articolul 293 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(3) În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat, precum și în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul dintre cazurile prevăzute la alin. (7), postul vacant de director general se poate ocupa temporar până la ocuparea postului prin concurs, prin ordin al președintelui CNAS.

(la 25-08-2020 Alineatul (3) din Articolul 293 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(4) Metodologia privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, condițiile și criteriile de selecție specifice pentru ocuparea postului de director general și încheierea contractelor de management, situațiile în care se poate ocupa temporar postul de director general, precum și procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestuia se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație.

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(5) Condițiile generale pentru ocuparea postului de director general sunt prevăzute la art. 282 alin. (2).

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(6) Între CNAS și directorul general se încheie un contract de management, cu respectarea prevederilor prezentei legi, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, precum și în conformitate cu regulile generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările ulterioare. Contractul de management cuprinde, fără a se limita la acestea, și clauze cu privire la standarde de performanță, precum și indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate. Standardele de performanță se definesc prin metodologia prevăzută la alin. (4) și au în vedere evaluarea performanțelor cu privire la obligațiile asumate prin contractul de management, prin raportare la indicatorii de referință care caracterizează cantitativ și calitativ activitatea desfășurată pentru asigurarea conducerii executive a CNAS.

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(7) Contractul de management al directorului general încetează în următoarele situații:

- a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;
- b) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în cazul evaluării mandatarului director general cu calificativul «nesatisfăcător» sau în cazul obținerii de către acesta a punctajului zero la unul dintre indicatorii prevăzuți în anexa la contractul de management, în condițiile legii;
- c) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în condițiile art. 2.030 lit. a) și art. 2.031 alin. (1) și (2) din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările ulterioare;
- d) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, la modificarea cu peste 50% a standardelor de performanță și indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate care au stat la baza încheierii contractului de management, modificare determinată de schimbarea proceselor sau activităților de referință din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- e) ca urmare a condamnării la executarea unei pedepse privative de libertate, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătorești;
- f) ca urmare a interzicerii exercitării unei profesii sau a unei funcții, ca măsură de siguranță ori pedeapsă complementară, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătorești prin care s-a dispus interdicția, dacă funcția sau profesia pentru care se stabilește interdicția are legătură cu contractul de management;
- g) prin renunțarea de către mandatarul director general la mandatul încredințat;
- h) prin acordul părților;
- i) prin decesul sau punerea sub interdicție judecătorească a directorului general;
- j) ca urmare a reorganizării CNAS;
- k) prin modificarea legislației specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate în ceea ce privește statutul directorului general;
- l) la data împlinirii cumulative a condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare sau, cu caracter excepțional, la împlinirea vârstei de 65 de ani, pentru salariați care optează în scris, în termen de 30 de zile calendaristice anterior împlinirii condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare, pentru continuarea activității până la împlinirea respectivei vârste, precum și pentru continuarea executării contractului de management;
- m) la data comunicării deciziei de pensie în cazul pensiei de invaliditate de gradul III, pensiei anticipate parțiale, pensiei anticipate, pensiei pentru limită de vârstă cu reducerea vârstei standard de pensionare; la data comunicării deciziei medicale asupra capacității de muncă în cazul invalidității de gradul I sau II.

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(8) Pe baza unei cereri formulate cu 30 de zile înainte de data îndeplinirii cumulative a condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare și cu aprobarea

președintelui CNAS, directorul general poate fi menținut în aceeași funcție maximum 3 ani peste vârsta standard de pensionare, inclusiv în ipoteza excepțională prevăzută la alin. (7) lit. l), cu posibilitatea prelungirii anuale a contractului de management, cu încadrarea în termenul de mandat prevăzut la alin. (2) sau (3).

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(9) Președintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al directorului general în următoarele situații:

- a) concediu de maternitate;
- b) concediu pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă mai mare de o lună;
- c) de la momentul dispunerii măsurii arestului preventiv sau a arestului la domiciliu, precum și în cazul în care s-a luat măsura controlului judiciar ori măsura controlului judiciar pe cauțiune, dacă în sarcina acestuia au fost stabilite obligații care împiedică exercitarea raportului de serviciu;
- d) de la momentul punerii în mișcare a acțiunii penale pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție sau de serviciu, infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite cu intenție care l-ar face incompatibil cu exercitarea mandatului, cu excepția situației în care a intervenit reabilitarea, amnistia postcondamnatorie sau dezincriminarea faptei.

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(10) Suspendarea contractului de management nu împiedică încetarea acestuia ca urmare a uneia dintre situațiile prevăzute la alin. (7) lit. e)-g), i), l) și m).

(la 25-08-2020 Articolul 293 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 293^{^1}

(1) Evaluarea performanțelor profesionale ale directorului general se face la încadrare, la expirarea perioadei de probă, semestrial și anual, respectiv la încetarea ocupării temporare a postului.

(2) Activitatea prevăzută la alin. (1) se face de către o comisie de evaluare, stabilită prin ordin al președintelui CNAS.

(3) Procesul de evaluare a performanțelor profesionale ale directorului general reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale, prin compararea gradului și a modului de îndeplinire a standardelor de performanță, precum și a indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de management cu rezultatele obținute în mod efectiv de către directorul general.

(4) Pentru aprecierea gradului de atingere a standardelor de performanță se stabilesc indicatori de referință asociați acestora. Stabilirea standardelor de performanță și a indicatorilor de referință asociați acestora au în vedere corelarea cu atribuțiile CNAS și obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(la 25-08-2020 Secțiunea a 3-a din Capitolul VI , Titlul VIII a fost completată de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 294

Conducerea operativă a CNAS este asigurată de un Comitet director alcătuit din: președinte, vicepreședinti, director general și directorii generali adjuncți. Atribuțiile Comitetului director de conducere al CNAS se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație.

(la 25-02-2021 sintagma: vicepreședinte a fost înlocuită de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 12 din 24 februarie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 25 februarie 2021

)

ART. 295

(1) Personalul CNAS și al caselor de asigurări este constituit din funcționari publici și personal contractual, în condițiile legii, și nu pot desfășura activități la furnizorii de servicii medicale.

(2) Salariul și celelalte drepturi ale personalului prevăzut la alin. (1) se stabilesc la nivelul maxim de salarizare aflat în plată aferent funcțiilor din cadrul aparatului de lucru al Guvernului.

(la 11-12-2023 Alineatul (2), Articolul 295, Secțiunea a 3-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificat de Articolul I din LEGEA nr. 371 din 7 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1106 din 8 decembrie 2023)

Articolul II din LEGEA nr. 371 din 7 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1106 din 8 decembrie 2023 prevede:

Articolul II

(1) Nivelul maxim de salarizare aflat în plată aferent funcțiilor din cadrul aparatului de lucru al Guvernului, prevăzut la art. 295 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acesta a fost modificat prin prezenta lege, este cel aflat în plată la data intrării în vigoare a prezentei legi.

(2) Asimilarea funcțiilor și salariilor prevăzută la art. 295 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acesta a fost modificat prin prezenta lege, precum și stabilirea noului nivel de salarizare se realizează prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), în limita bugetului aprobat prin legea bugetului de stat.

(3) Pentru funcțiile din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate care nu au corespondent în statele de funcții ale aparatului de lucru al Guvernului și pentru care asimilarea nu se poate realiza conform alin. (2), stabilirea salariilor de bază se face prin asimilarea acestora cu

cel al altor funcții existente la nivelul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate pentru care s-a realizat asimilarea, pe baza unor criterii obligatorii aprobate prin ordinul prevăzut la alin. (2).

(4) Criteriile obligatorii care urmează a fi avute în vedere la asimilarea prevăzută la alin. (2) sunt următoarele:

a) pentru funcțiile de conducere: studiile, gradul profesional, atribuțiile specifice, complexitatea activității, nivelul de coordonare;

b) pentru funcțiile de execuție: gradul sau treapta profesională, gradația, nivelul de studii și atribuțiile specifice.

(5) Criteriile de asimilare prevăzute la alin. (4) sunt obligatorii, dar nu limitative, prin ordin al președintelui CNAS putându-se aproba și alte criterii de asimilare.

(6) Pentru funcțiile din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate care au corespondent în cadrul aparatului de lucru al Guvernului și pentru care, ca urmare a aplicării prevederilor art. 295 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acesta a fost modificat prin prezenta lege, rezultă procente diferite de majorare salarială, stabilirea nivelului de salarizare se face prin acordarea, pentru toate funcțiile, a celui mai mare procent rezultat.

(7) Pentru funcțiile din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate care nu au corespondent în cadrul aparatului de lucru al Guvernului se aplică procentul de majorare prevăzut la alin. (6).

(8) Pentru funcțiile prevăzute la art. 293 și 298 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul rezultat potrivit alin. (6) se aplică limitelor salariale reglementate la art. 292 alin. (4) și art. 298 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În vederea dezvoltării de noi proiecte și soluții de îmbunătățire și eficientizare a sistemelor și platformelor software gestionate, CNAS poate angaja personal calificat în domeniul tehnologiei informației, personal contractual încadrat cu contract individual de muncă pe perioadă determinată, încheiat prin derogare de la prevederile art. 82 alin. (3)-(5) și ale art. 84 alin. (1) din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(la 14-03-2019 Articolul 295 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

(4) Personalul prevăzut la alin. (3) este încadrat în funcții de specialiști în tehnologia informației și comunicațiilor, funcții care se regăsesc în cadrul aparatului propriu al CNAS.

(la 14-03-2019 Articolul 295 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

(5) Numărul posturilor aferente funcțiilor de specialiști în tehnologia informației și comunicațiilor, criteriile și metodologia de selecție, precum și condițiile în care această categorie

de personal își desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu încadrarea în numărul maxim de posturi și în bugetul aprobat cu această destinație pentru aparatul propriu al CNAS și casele de asigurări de sănătate.

(la 14-03-2019 Articolul 295 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

(6) Prin derogare de la prevederile art. 30 din Legea nr. 53/2003, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 31 alin. (1) din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare, încadrarea personalului calificat prevăzut la alin. (5) se face conform criteriilor și metodologiei elaborate conform alin. (5).

(la 14-03-2019 Articolul 295 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

(7) Drepturile salariale aferente funcțiilor prevăzute la alin. (4) se stabilesc, prin derogare de la prevederile Legii-cadru nr. 153/2017, cu modificările și completările ulterioare, în cuantum de până la de 6 ori valoarea câștigului salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat, prin ordin al președintelui CNAS, la propunerea directorului general al CNAS.

(la 14-03-2019 Articolul 295 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 4, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

ART. 296

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

ART. 297

(1) Consiliul de administrație al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București este alcătuit din 11 membri, desemnați după cum urmează:

- a) unul de consiliul județean, respectiv de Consiliul General al Municipiului București;
- b) unul de prefect, la propunerea direcției de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București;
- c) 3 de confederațiile patronale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- d) 3 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- e) 2 de consiliile județene ale persoanelor vârstnice, respectiv al municipiului București;
- f) președintele, care este directorul general al casei de asigurări.

(2) Mandatul membrilor consiliilor de administrație ale caselor de asigurări este de 4 ani. Membrii consiliilor de administrație ale caselor de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de 10% din salariul funcției de director general al casei de asigurări respective, în condițiile

prezenței efective la ședințele consiliului de administrație, proporțional cu numărul de ședințe ale consiliului de administrație la care participă efectiv și cu încadrarea în cheltuielile de administrare, funcționare și de capital prevăzute la art. 271 alin. (1) lit. b).

(la 15-12-2023 Alineatul (2), Articolul 297, Secțiunea a 3-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 3., Articolul I din LEGEA nr. 378 din 11 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1118 din 12 decembrie 2023)

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

(4) Consiliile de administrație ale caselor de asigurări au următoarele atribuții generale:

- a) aprobă proiectul statutului propriu;
- b) avizează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli anuale aferente fondului;
- c) aprobă rapoartele de gestiune semestriale și anuale, prezentate de președintele-director general;
- d) avizează politica de contractare propusă de președintele-director general, cu respectarea contractului-cadru;
- e) avizează programele de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, inclusiv măsurile de executare silită potrivit prevederilor legale în vigoare;
- f) alte atribuții date prin lege sau prin statut.

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

(6) Ședințele consiliului de administrație sunt publice, cu excepția cazurilor în care membrii consiliului decid prin vot ca acestea să se desfășoare cu ușile închise. Problemele legate de buget se vor discuta întotdeauna în ședințe publice.

ART. 298

(1) Directorii generali ai caselor de asigurări sunt numiți, pe bază de concurs, prin ordin al președintelui CNAS. Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei de asigurări și președintele acestuia. Între CNAS și directorul general al casei de asigurări - manager al sistemului la nivel local se încheie un contract de management, cu respectarea prevederilor prezentei legi, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019, cu modificările și completările ulterioare, precum și în conformitate cu regulile generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările ulterioare. Contractul de management cuprinde, fără a se limita la acestea, și clauze cu privire la standarde de performanță, precum și indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, care se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație.

(la 25-08-2020 Alineatul (1) din Articolul 298 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(1[^]1) În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat, precum și în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul

dintre cazurile prevăzute la alin. (6), postul vacant de director general se poate ocupa temporar până la ocuparea postului prin concurs, prin ordin al președintelui CNAS.

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 13, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

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

(3) Directorul general se numește pentru un mandat de 4 ani după promovarea concursului, respectiv pentru o perioadă determinată, până la ocuparea postului prin concurs și se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior. Directorul general are obligația de a depune declarație de interese și declarație de avere. Modelul declarației de interese se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.

(la 25-08-2020 Alineatul (3) din Articolul 298 , Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(3¹) Metodologia privind organizarea concursului pentru ocuparea posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate în vederea realizării indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, condițiile și criteriile de selecție specifice pentru ocuparea posturilor de directori generali și încheierea contractelor de management, precum și procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestora, care cuprind și situațiile în care se poate ocupa temporar postul de director general, se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație.

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(3²) Standardele de performanță se definesc prin metodologia prevăzută la alin. (3¹) și au în vedere evaluarea performanțelor cu privire la obligațiile asumate prin contractul de management, prin raportare la indicatorii de referință care caracterizează cantitativ și calitativ activitatea desfășurată în calitate de manager al sistemului la nivel local.

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(3³) Condițiile generale pentru ocuparea postului de director general sunt prevăzute la art. 282 alin. (2).

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(3⁴) În vederea ocupării prin concurs a funcției de director general, candidatul trebuie să aibă studii universitare absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul fundamental Științe biologice și biomedicale - ramura de științe: medicină, medicină dentară și farmacie, științe sociale - ramura de științe: economice, juridice și administrație publică, să aibă cel puțin 7 ani vechime în specialitatea studiilor și să îndeplinească una dintre următoarele condiții:

- a) să fie medic specialist sau primar în specialitatea Sănătate publică și management;
- b) să fie absolvent al unui masterat sau doctorat în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate sau similar, organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată, potrivit legii;
- c) să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(la 18-07-2022 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 11, Articolul I din ORDONANȚA nr. 14 din 13 iulie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 711 din 15 iulie 2022)

Conform alineatului (10) al articolului II din ORDONANȚA nr. 14 din 13 iulie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 711 din 15 iulie 2022, personalul care la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe ocupă funcțiile de conducere prevăzute la art. 298 alin. (3⁴) și art. 299 alin. (3¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, își continuă mandatul, respectiv raportul de serviciu și se consideră îndeplinită una dintre condițiile prevăzute la aceleași puncte dacă în termen de 24 de luni de la data intrării în vigoare a ordonanței urmează una dintre formele de învățământ menționate, cu condiția absolvirii acestora, potrivit legii.

(4) Salarizarea și celelalte drepturi ale directorului general se stabilesc prin contractul de management. Salariul de bază se aprobă de președintele CNAS și se stabilește între limite, după cum urmează:

- a) limita minimă la nivelul maxim al salariului pentru funcția de consilier gr. I A din cadrul ministerelor și al altor organe centrale de specialitate, la care se adaugă indemnizația de conducere în cuantum de 55% corespunzătoare funcției de director general;
- b) limita maximă la nivelul prevăzut de lege pentru funcția de secretar general din ministere.

(5) Atribuțiile principale ale directorului general sunt următoarele:

- a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare și de funcționare și procedurile administrative unitare;
- b) organizează și coordonează activitatea de control al execuției contractelor de furnizare de servicii medicale;
- c) organizează și coordonează activitatea de urmărire și control al colectării contribuțiilor la fond;
- d) propune programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silită, potrivit legii;
- e) stabilește modalitatea de contractare, cu respectarea contractului-cadru;

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

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

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

(6) Contractul de management al directorului general al casei de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;

b) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în cazul evaluării mandatarului director general cu calificativul «nesatisfăcător» sau în cazul obținerii de către acesta a punctajului zero la unul dintre indicatorii prevăzuți în anexa la contractul de management, în condițiile legii;

c) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în condițiile art. 2.030 lit. a) și art. 2.031 alin. (1) și (2) din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările ulterioare;

d) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, la modificarea cu peste 50% a standardelor de performanță și indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate care au stat la baza încheierii contractului de management, modificare determinată de schimbarea proceselor sau activităților de referință din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) ca urmare a condamnării la executarea unei pedepse privative de libertate, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătorești;

f) ca urmare a interzicerii exercitării unei profesii sau a unei funcții, ca măsură de siguranță ori pedeapsă complementară, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătorești prin care s-a dispus interdicția, dacă funcția sau profesia pentru care se stabilește interdicția are legătură cu contractul de management;

g) prin renunțarea de către mandatarul director general la mandatul încredințat;

h) prin acordul părților;

i) prin decesul sau punerea sub interdicție judecătorească a directorului general;

j) prin desființarea sau reorganizarea casei de asigurări de sănătate;

k) prin modificarea legislației specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate în ceea ce privește statutul directorului general, manager al sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;

l) la data împlinirii cumulative a condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare sau, cu caracter excepțional, la împlinirea vârstei de 65 de ani, pentru salariați care optează în scris, în termen de 30 de zile calendaristice anterior împlinirii condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare, pentru continuarea activității până la împlinirea respectivei vârste, precum și pentru continuarea executării contractului de management;

m) la data comunicării deciziei de pensie în cazul pensiei de invaliditate de gradul III, pensiei anticipate parțiale, pensiei anticipate, pensiei pentru limită de vârstă cu reducerea vârstei standard de pensionare; la data comunicării deciziei medicale asupra capacității de muncă în cazul invalidității de gradul I sau II.

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(7) Pe baza unei cereri formulate cu 30 de zile înainte de data îndeplinirii cumulative a condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare și cu aprobarea președintelui CNAS, directorul general poate fi menținut în aceeași funcție maximum 3 ani peste vârsta standard de pensionare, inclusiv în ipoteza excepțională prevăzută la alin. (6) lit. l), cu posibilitatea prelungirii anuale a contractului de management, cu încadrarea în termenul de mandat prevăzut la alin. (1[^]1) sau (3).

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(8) Președintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al directorului general în următoarele situații:

- a) concediu de maternitate;
- b) concediu pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă mai mare de o lună;
- c) de la momentul dispunerii măsurii arestului preventiv sau a arestului la domiciliu, precum și în cazul în care s-a luat măsura controlului judiciar ori măsura controlului judiciar pe cauțiune, dacă în sarcina acestuia au fost stabilite obligații care împiedică exercitarea raportului de serviciu;
- d) de la momentul punerii în mișcare a acțiunii penale pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție sau de serviciu, infracțiuni care împiedică îndeplinirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite cu intenție care l-ar face incompatibil cu exercitarea mandatului, cu excepția situației în care a intervenit reabilitarea, amnistia postcondamnatorie sau dezincriminarea faptei.

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(9) Suspendarea contractului de management nu împiedică încetarea acestuia ca urmare a uneia dintre situațiile prevăzute la alin. (6) lit. e)-g), i), l) și m).

(la 25-08-2020 Articolul 298 din Secțiunea a 3-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

ART. 298[^]1

(1) Evaluarea performanțelor profesionale ale directorului general al casei de asigurări de sănătate se face la încadrare, la expirarea perioadei de probă, semestrial și anual, respectiv la încetarea ocupării temporare a postului.

(2) Activitatea prevăzută la alin. (1) se face de către o comisie de evaluare, stabilită prin ordin al președintelui CNAS.

(3) Procesul de evaluare a performanțelor profesionale ale directorului general reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale, prin compararea gradului și a modului de îndeplinire a standardelor de performanță, precum și a indicatorilor de referință asociați pentru

îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de management cu rezultatele obținute în mod efectiv de către directorul general.

(4) Pentru aprecierea gradului de atingere a standardelor de performanță se stabilesc indicatori de referință asociați acestora. Stabilirea standardelor de performanță și a indicatorilor de referință asociați acestora trebuie să aibă în vedere corelarea cu atribuțiile caselor de asigurări de sănătate și obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(la 25-08-2020 Secțiunea a 3-a din Capitolul VI , Titlul VIII a fost completată de Punctul 16, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

SECȚIUNEA a 4-a

Serviciul medical

ART. 299

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

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

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

(3¹) În vederea ocupării prin concurs a funcției de medic-șef, candidatul trebuie să aibă studii universitare absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul fundamental Științe biologice și biomedicale - ramura de științe: medicină și medicină dentară, având o vechime de minimum 7 ani în specialitatea studiilor și să îndeplinească una dintre următoarele condiții:

a) să fie medic specialist sau primar în specialitatea Sănătate publică și management;

b) să fie absolvent al unui masterat sau doctorat în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate sau similar, organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată, potrivit legii;

c) să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate, avizate de Ministerul Sănătății în baza criteriilor de calitate stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(la 18-07-2022 Articolul 299 din Secțiunea a 4-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost completat de Punctul 12, Articolul I din ORDONANȚA nr. 14 din 13 iulie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 711 din 15 iulie 2022)

Conform alineatului (10) al articolului II din ORDONANȚA nr. 14 din 13 iulie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 711 din 15 iulie 2022, personalul care la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe ocupă funcțiile de conducere prevăzute la art. 298 alin. (3⁴) și art. 299 alin. (3¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta ordonanță, își continuă mandatul, respectiv raportul de serviciu și se consideră îndeplinită una dintre condițiile prevăzute la aceleași puncte dacă în termen de 24 de luni de la data intrării în vigoare a ordonanței urmează una dintre formele de învățământ menționate, cu condiția absolvirii acestora, potrivit legii.

(4) Funcția de medic-șef al CNAS este funcție publică specifică de conducere echivalată cu funcția publică de conducere de director general adjunct de la nivelul funcțiilor publice de stat, iar cea de medic-șef al caselor de asigurări este funcție publică specifică de conducere echivalată cu funcția publică de conducere de director executiv adjunct de la nivelul funcțiilor publice teritoriale, astfel cum acestea sunt prevăzute la art. 385 alin. (1) și (2) și art. 390 alin. (1) lit. b) și f) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-06-2021 Alineatul (4) din Articolul 299 , Secțiunea a 4-a , Capitolul VI , Titlul VIII a fost modificat de Articolul II din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 74 din 30 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 645 din 30 iunie 2021)

ART. 300

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

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 300, Secțiunea a 4-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Atribuțiile serviciului medical sunt stabilite prin statut.

SECȚIUNEA a 5-a

Obligațiile caselor de asigurări

ART. 301

Obligațiile CNAS sunt următoarele:

- a) să asigure logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să urmărească colectarea și folosirea cu eficiență a fondului;
- c) să folosească mijloace adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;
- d) să acopere potrivit principiilor prezentei legi nevoile de servicii de sănătate ale persoanelor, în limita fondurilor disponibile;
- e) să prezinte anual Guvernului un raport de activitate, precum și planul de activitate pentru anul următor.

ART. 302

Obligațiile caselor de asigurări sunt următoarele:

- a) să verifice acordarea serviciilor medicale, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- b) să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate și prestate asiguraților, la termenele prevăzute în contractul-cadru;

(la 24-10-2023 Litera b), Articolul 302, Secțiunea a 5-a, Capitolul VI, Titlul VIII a fost modificată de Punctul 18., Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 20 octombrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 963 din 24 octombrie 2023)

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

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

e) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

f) să asigure confidențialitatea datelor în condițiile prezentei legi;

g) să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;

h) să raporteze CNAS, la termenele stabilite, datele solicitate privind serviciile medicale furnizate, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate;

i) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare.

CAP. VII

Controlul

SECȚIUNEA 1

Controlul de gestiune

ART. 303

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

ART. 304

Auditul intern se exercită conform legii și poate fi organizat la nivel regional, în condițiile stabilite prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație al CNAS.

SECȚIUNEA a 2-a

Controlul furnizării serviciilor

ART. 305

(1) CNAS și casele de asigurări organizează și efectuează controlul activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în baza contractelor încheiate de aceștia cu casele de asigurări de sănătate.

(la 03-09-2022 Alineatul (1) din Articolul 305 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VII , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 43, Articolul I din ORDONANȚA nr. 37 din 31 august 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 31 august 2022)

(2) În cadrul controalelor efectuate potrivit alin. (1) pot participa și reprezentanți ai CMR, CMSR, CFR și OAMMR.

(3) În exercitarea atribuțiilor prevăzute la alin. (1), structurile de specialitate din CNAS colaborează cu organele judiciare, precum și cu alte instituții și autorități ale statului în funcție de domeniul de competență specific.

ART. 306

Salarizarea persoanelor din structurile menționate la art. 305 alin. (1) este similară cu cea prevăzută de lege pentru compartimentele de audit.

SECȚIUNEA a 3-a

Arbitrajul

ART. 307

(1) CNAS împreună cu CMR, CMSR și CFR organizează Comisia centrală de arbitraj care poate soluționa, la solicitarea uneia dintre părți, litigiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și casele de asigurări. Comisia funcționează pe lângă CNAS și nu are personalitate juridică.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 307, Secțiunea a 3-a, Capitolul VII, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Comisia centrală de arbitraj este formată din 6 arbitri, dintre care 3 arbitri numiți de către CNAS și câte un arbitru numit de către CMR, CMSR și CFR. În aceleași condiții, pentru fiecare arbitru va fi desemnat câte un membru supleant.

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

ART. 308

(1) Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj se elaborează de către CNAS, cu consultarea CMR, CMSR și CFR. Regulamentul se aprobă prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății.

(2) Pentru activitățile desfășurate în cadrul Comisiei centrale de arbitraj, arbitrii beneficiază de o indemnizație de ședință. Indemnizația de ședință pentru arbitri este de 15%, iar pentru membrii secretariatului tehnic este de 10% din indemnizația președintelui CNAS.

(3) Cheltuielile reprezentând indemnizațiile de ședință pentru arbitri, precum și pentru membrii secretariatului tehnic se suportă din sumele alocate pentru administrarea fondului.

ART. 309

(1) Regulamentul de soluționare a cauzelor arbitrale, aprobat prin ordin al ministrului justiției*), se completează cu prevederile Codului de procedură civilă.

*) A se vedea Hotărârea nr. 650 din 31 iulie 2014 pentru aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 589 din 6 august 2014.

(2) Comisia de arbitraj se va organiza în termen de maximum 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.

CAP. VIII

Răspunderi și sancțiuni

ART. 310

Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.

SECȚIUNEA 1

Sanțiuni

ART. 311

Sanțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 311, Secțiunea 1, Capitolul VIII, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

SECȚIUNEA a 2-a

Contravenții

ART. 312

Constituie contravenții următoarele fapte:

a) Abrogată.

(la 23-03-2018 Litera a) din Articolul 312 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VIII , Titlul VIII a fost abrogată de Punctul 8, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

b) Abrogată.

(la 23-03-2018 Litera b) din Articolul 312 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VIII , Titlul VIII a fost abrogată de Punctul 8, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

c) refuzul de a pune la dispoziția organelor de control ale ANAF și ale caselor de asigurări a documentelor justificative și a actelor de evidență necesare în vederea stabilirii obligațiilor la fond;

d) refuzul de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din fond, precum și documente medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

ART. 313

Contravențiile prevăzute la art. 312 se sancționează după cum urmează:

a) cele prevăzute la lit. c), cu amendă de la 5.000 lei la 10.000 lei;

(la 23-03-2018 Litera a) din Articolul 313 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VIII , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 9, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

b) cele prevăzute la lit. d), cu amendă de la 30.000 lei la 50.000 lei.

(la 23-03-2018 Litera b) din Articolul 313 , Secțiunea a 2-a , Capitolul VIII , Titlul VIII a fost modificată de Punctul 9, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

ART. 314

(1) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor se fac de către organele de control ale ANAF și ale caselor de asigurări.

(2) Amenzile contravenționale aplicate conform prezentei legi constituie venituri la bugetul de stat.

ART. 315

Prevederile art. 312 se completează cu dispozițiile Ordonanței Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2002 , cu modificările și completările ulterioare.

ART. 316

(1) Contravenientul poate achita, pe loc sau în termen de cel mult 48 de ore de la data încheierii procesului-verbal ori, după caz, de la data comunicării acestuia, jumătate din minimul amenzii prevăzute la art. 313, agentul constatator făcând mențiune despre această posibilitate în procesul-verbal.

(2) Dispozițiile prezentei legi referitoare la obligațiile față de fond se completează cu prevederile Legii nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale, cu modificările ulterioare.

CAP. IX

Dispoziții finale

ART. 317

(1) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, precum și personalul angajat al acestor case de asigurări, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății, autorităților de sănătate publică, furnizorilor de servicii medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate ale căror servicii se decontează din fond, unităților sanitare, cabinetelor medicale, funcții alese sau numite în cadrul CMR, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, în cadrul CMSR, colegiilor județene ale medicilor stomatologi, respectiv al municipiului București, în cadrul CFR, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale ale OAMMR, organizațiilor centrale și locale ale OBBC sau funcții în cadrul societăților reglementate de Legea nr. 31/1990

, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu profil de asigurări, farmaceutic sau de aparatură medicală. Personalului din cadrul CNAS și caselor de asigurări, cu statut de funcționar public, îi sunt aplicabile și dispozițiile Legii nr. 161/2003

privind unele măsuri pentru asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea și sancționarea corupției, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Constituie conflict de interese deținerea de către membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, precum și de către personalul angajat al acestor case de asigurări de părți sociale, acțiuni sau interese la furnizori care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Această dispoziție se aplică și în cazul în care astfel de părți sociale, acțiuni sau interese sunt deținute de către soț, soție, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

(3) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație nu pot participa la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

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

ART. 318

(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.

(3) Recuperarea debitelor din contribuții și majorări se poate face și prin compensarea cu active din patrimoniul debitorilor, evaluate de instituții autorizate în condițiile legii, cu condiția ca acestea să fie necesare funcționării CNAS sau caselor de asigurări de sănătate.

ART. 319

(1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, poate acorda stimulente în natură.

(3) În baza dispozițiilor alin. (1) și (2), consiliile locale și Ministerul Sănătății încheie cu medicii și cu personalul sanitar beneficiar un contract civil, cu o clauză de fidelitate în sarcina acestora, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani.

ART. 320

(1) Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată de furnizorii de servicii medicale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, persoanelor cărora le-au fost aduse daune sănătății prin fapta altor persoane sunt recuperate de către furnizorii de servicii medicale de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația reparării prejudiciului produs. Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată nu pot fi recuperate de la victimele agresiunilor sau ale accidentelor cu autor neidentificabil, fiind decontate din fond.

(la 25-08-2020 Alineatul (1) din Articolul 320 , Capitolul IX , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 17, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(2) Furnizorii de servicii care acordă asistența medicală prevăzută la alin. (1) realizează o evidență distinctă a acestor cazuri și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.

ART. 321

CNAS poate organiza activități finanțate din venituri proprii, în condițiile legii.

ART. 322

(1) Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat sunt puse la dispoziție în mod gratuit CNAS sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate de către autoritățile, instituțiile publice și alte instituții, pe bază de protocoale încheiate între CNAS și/sau casele de asigurări de sănătate și autoritățile, instituțiile publice și alte instituții.

(2) Responsabilitatea pentru corectitudinea datelor transmise CNAS sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate aparține autorităților, instituțiilor publice și altor instituții, prevăzute la alin. (1).

(3) Datele transmise în condițiile alin. (1) se actualizează la termenele prevăzute prin protocoale.

(4) Datele transmise în condițiile alin. (1) și (3) produc efecte în ceea ce privește calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția datei decesului sau nașterii persoanei, care produc efecte de la data înregistrării evenimentului.

(5) Pentru asigurații sistemului de asigurări sociale de sănătate, care au obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, ANAF, după depunerea declarațiilor fiscale, are obligația de a transmite CNAS informațiile necesare în vederea acordării calității de asigurat.

(la 23-03-2018 Articolul 322 din Capitolul IX , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

(6) Instituțiile prevăzute la alin. (5) își acordă reciproc și gratuit accesul la informațiile referitoare la declararea/achitarea contribuției, precum și la persoanele fizice prevăzute la art. 224 alin. (1) înregistrate în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din asigurările de sănătate. Structura informațiilor și periodicitatea transmiterii acestora de către ANAF potrivit alin. (5), precum și procedura de acces la informațiile referitoare la declararea/achitarea contribuției, precum și la persoanele fizice prevăzute la art. 224 alin. (1) înregistrate în Registrul unic de evidență al asiguraților din Platforma informatică din asigurările de sănătate, se stabilesc prin ordin comun al președintelui ANAF și al președintelui CNAS.

(la 23-03-2018 Articolul 322 din Capitolul IX , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

(7) Datele transmise în condițiile alin. (5) produc efecte în ceea ce privește calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția persoanelor fizice prevăzute la art. 223 alin. (1[^]2) care au fost înregistrate de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

(la 23-03-2018 Articolul 322 din Capitolul IX , Titlul VIII a fost completat de Punctul 10, Articolul V din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 18 din 15 martie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 260 din 23 martie 2018)

(la 01-03-2018 Articolul 322 din Capitolul IX , Titlul VIII a fost modificat de Punctul 34, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 8 din 22 februarie 2018, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 190 din 01 martie 2018)

ART. 323

Până la organizarea Comisiei centrale de arbitraj prevăzute la art. 307 și 308, litigiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și casele de asigurări vor fi judecate de Comisia centrală de arbitraj care funcționează pe lângă CNAS, învestită cu soluționarea acestor litigii prin cererea de arbitrare.

(la 21-11-2022 Articolul 323 din Capitolul IX, Titlul VIII a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 324

(1) Pe data intrării în vigoare a prezentului titlu, se abrogă Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002

privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 838 din 20 noiembrie 2002, cu modificările și completările ulterioare, și Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 119/1999

privind atragerea unor sume suplimentare la bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 312 din 30 iunie 1999, aprobată cu modificări prin Legea nr. 593/2001

, cu modificările ulterioare.

(2) Dispozițiile cu privire la colectarea contribuțiilor de către casele de asigurări de sănătate pentru persoanele fizice, altele decât cele care au calitatea de asigurat, se aplică până la 1 ianuarie 2007, potrivit Ordonanței Guvernului nr. 94/2004

privind reglementarea unor măsuri financiare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 507/2004

, cu modificările ulterioare.

TITLUL IX

Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 325

Prezentul titlu stabilește principiile, cadrul general și procedurile privind elaborarea, implementarea și distribuirea în România a cardului european și a cardului național de asigurări sociale de sănătate, precum și responsabilitățile instituțiilor publice implicate în acest proces.

ART. 326

În înțelesul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarea semnificație:

- a) card european de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare card european - documentul care conferă titularului asigurat dreptul la prestații medicale necesare în cadrul unei șederi temporare într-un stat membru al UE;
- b) card național de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare card național - documentul care dovedește că titularul acestuia este asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;
- c) adeverință de asigurat cu o valabilitate de 3 luni - documentul prin care se atestă calitatea de asigurat, cu o valabilitate de 3 luni de la data eliberării, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate, al cărei model este stabilit prin ordin al președintelui CNAS*);

*) A se vedea Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 98/2015 pentru aprobarea procedurii de eliberare, a modalității de suportare a cheltuielilor aferente producerii și distribuției cardului duplicat către asigurat, precum și a modalității de acordare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale până la eliberarea sau în cazul refuzului cardului național de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 din 30 martie 2015.

- d) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București;
- e) asigurat - persoana asigurată conform legislației în vigoare în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
- f) ședere temporară - deplasarea unei persoane în unul dintre statele membre ale UE pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioadă de timp necesară deplasării, dar nu mai mult de 6 luni.

CAP. II

Cardul european de asigurări sociale de sănătate

ART. 327

Cardul european conține următorul set obligatoriu de informații vizibile:

- a) numele și prenumele asiguratului;
- b) codul numeric personal al asiguratului;
- c) data nașterii asiguratului;
- d) data expirării cardului;

- e) codul Organizației Internaționale pentru Standardizare pentru statul membru emitent al cardului;
- f) numărul de identificare și acronimul casei de asigurări de sănătate care emite cardul;
- g) _____ numărul _____ cardului.

ART. 328

(1) Cardul european se eliberează asiguratului de către casa de asigurări de sănătate la care acesta este asigurat. De la 1 ianuarie 2008 costul cardului european se suportă din fond.

(2) Emiterea cardului european poate fi refuzată de casa de asigurări de sănătate numai în situația în care persoana care îl solicită nu face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.

(la 14-03-2016 Alin. (2) al art. 328 a fost modificat de pct. 7 al art. unic din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 5 din 10 martie 2016 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 189 din 14 martie 2016.)

(3) Emiterea cardului european se face numai prin intermediul sistemului informatic unic național care gestionează aplicarea regulamentelor UE privind drepturile asiguraților aflați în sedere temporară într-un stat membru al UE.

(4) Asiguratul care solicită înlocuirea cardului european în interiorul perioadei de valabilitate stabilite prin reglementările UE va putea beneficia, contra cost, de un alt card a cărui perioadă de valabilitate nu va putea depăși perioada de valabilitate a cardului inițial.

(5) Datele solicitate de casele de asigurări de sănătate emitente ale cardului european, precum și de alte instituții care manipulează aceste informații se supun legislației referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal.

(6) În cazul în care circumstanțe excepționale împiedică eliberarea cardului european, casa de asigurări de sănătate va elibera un certificat înlocuitor provizoriu cu o perioadă de valabilitate stabilită conform art. 330. Modelul certificatului provizoriu se aprobă prin ordin al președintelui CNAS**).

**) A se vedea Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 559/2006, pentru aprobarea caracteristicilor tehnice și a modalităților de eliberare și utilizare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea modelului certificatului provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate, precum și a instrucțiunilor de completare și a modalităților de eliberare și utilizare ale acestuia, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 992 din 12 decembrie 2006, cu modificările ulterioare.

ART. 329

Cardul european se eliberează numai în situația deplasării asiguratului pentru ședere temporară într-un stat membru al UE. În cazul unor circumstanțe excepționale, care împiedică punerea cardului la dispoziția persoanei asigurate, casa de asigurări de sănătate eliberează certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european. Cardul european și certificatul de înlocuire a acestuia deschid dreptul titularului la aceleași servicii medicale.

ART. 330

Perioada de valabilitate a cardului european este de 2 ani de la data emiterii.

(la 14-03-2019 Articolul 330 din Capitolul II , Titlul IX a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din LEGEA nr. 45 din 8 martie 2019, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 192 din 11 martie 2019)

ART. 331

(1) Cardul european poate fi utilizat de către asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România numai pe teritoriul statelor membre ale UE.

(2) Pentru persoanele prevăzute la alin. (1) cardul european nu produce efecte pe teritoriul României și nu creează nicio obligație pentru furnizorii de servicii medicale din România.

ART. 332

(1) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a acorda asistența medicală necesară titularilor cardului european emis de unul dintre statele membre ale UE, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenția și raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a recunoaște cardurile emise de statele membre ale UE.

ART. 333

(1) Cardul european conferă dreptul pentru asigurat de a beneficia de asistența medicală necesară în cursul unei șederi temporare într-un stat membru al UE.

(2) Cheltuielile ocazionate de asistența medicală prevăzută la alin. (1) vor fi rambursate de casa de asigurări de sănătate emitentă a cardului, prin CNAS.

(3) Asistența medicală prevăzută la alin. (1) nu trebuie să depășească ceea ce este necesar din punct de vedere medical în timpul șederii temporare.

(4) Persoanele asigurate în unul dintre statele membre ale UE, posesoare ale unui card european, vor fi tratate în România în același mod cu asigurații români.

(5) În bugetul CNAS vor fi alocate sume distincte pentru operațiunile de rambursare prevăzute la alin. (2).

ART. 334

Cardul european se emite individual pentru fiecare asigurat care îl solicită.

ART. 335

Cardul european nu acoperă situația în care asiguratul se deplasează într-un stat membru al UE în vederea beneficierii de tratament medical.

ART. 336

Caracteristicile tehnice ale cardului european, precum și modalitățile de elaborare și implementare ale acestuia se aprobă prin ordin al președintelui CNAS***).

***)) A se vedea asteriscul de la art. 328.

CAP. III

Cardul național de asigurări sociale de sănătate

ART. 337

(1) Cardul național este un card electronic, distinct de cardul european, personal și netransmisibil.

(la 07-12-2017 Alineatul (1) din Articolul 337 , Capitolul III , Titlul IX a fost modificat de Punctul 23, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 88 din 29 noiembrie 2017, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 974 din 07 decembrie 2017)

(1¹) Reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive a cardurilor naționale și/sau utilizarea de către aceștia fără drept, în scopul raportării și validării unor servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, constituie infracțiunea de fals privind identitatea, prevăzută la art. 327 din Codul penal, și se pedepsește conform prevederilor Codului penal.

(la 21-11-2022 Alineatul (1¹) din Articolul 337, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite ca instrument în vederea dovedirii, prin intermediul Platformei informatice din asigurările de sănătate, a calității de asigurat/neasigurat a persoanei, precum și ca instrument în procesul de validare a serviciilor medicale/medicamentelor/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive decontate din fond; realizarea și implementarea acestuia sunt un proiect de utilitate publică de interes național. Pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național pentru dovedirea calității de asigurat, se emite adeverința de asigurat, prevăzută la art. 326 lit. c).

(la 21-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 337, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

*) Notă CTCE:

Conform articolului 2 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021, prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul X din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 44 din 14 aprilie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 373 din 14 aprilie 2022 prevede:

Articolul X

(1) În condițiile stabilite prin contractul-cadru, unele consultații medicale acordate în asistența medicală primară și în ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetele de servicii medicale, se pot acorda la distanță.

(2) Prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, consultațiile medicale la distanță prevăzute la alin. (1) se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din aceeași lege.

(2¹) Furnizorii de servicii conexe actului medical, care desfășoară activitate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărârile de Guvern prevăzute la art. 51 alin. (4) și art. 229 alin. (2), au obligația utilizării cardului național de asigurări sociale de sănătate în procesul de acordare a serviciilor conexe actului medical decontate din fond, fiind aplicabile în mod corespunzător și dispozițiile alin. (3) și (4), precum și cele ale art. 223.

(la 03-02-2023 Articolul 337 din Capitolul III , Titlul IX a fost completat de Punctul 14, Articolul I din ORDONANȚA nr. 21 din 31 ianuarie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 31 ianuarie 2023)

(3) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive nu sunt aplicabile situațiilor persoanelor care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare și nici persoanelor care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate.

(la 21-11-2022 Alineatul (3) din Articolul 337, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(4) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale nu sunt aplicabile serviciilor medicale de consultații și diagnostic furnizate la distanță, acordate potrivit dispozițiilor art. 237 alin. (4).

(la 30-03-2021 Articolul 337 din Capitolul III , Titlul IX a fost completat de Punctul 5, Articolul 16 din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 20 din 29 martie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 322 din 30 martie 2021)

ART. 338

(1) Informațiile minime care pot fi accesate de pe cardul național de asigurări sociale de sănătate sunt următoarele:

- a) numele, prenumele, precum și codul numeric personal ale asiguratului;
- b) codul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- c) numărul de identificare al cardului național.

(2) Accesul personalului medical la informațiile înregistrate pe cardul național va fi stabilit prin Norme metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național prevăzut în titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" al prezentei legi.

(3) În mediul de stocare al cardului național, în partiții diferite de cele în care sunt înscrise datele privind funcționalitatea de card de sănătate, pot fi înscrise certificate digitale, așa cum sunt definite de Legea nr. 455/2001

privind semnătura electronică, republicată, în vederea utilizării în relația cu autorități publice din România, utilizarea cardului în aceste cazuri fiind reglementată prin acte normative elaborate sau inițiate de autoritățile în cauză.

(4) Cărțile electronice de identitate eliberate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, în conformitate cu prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 97/2005 privind evidența, domiciliul, reședința și actele de identitate ale cetățenilor români, republicată, cu modificările și completările ulterioare, permit titularilor autentificarea în Platforma informatică din asigurările de sănătate, pentru scopurile prevăzute la art. 337 alin. (2).

(la 07-08-2020 Alineatul (4) din Articolul 338 , Capitolul III , Titlul IX a fost modificat de Articolul IV din LEGEA nr. 162 din 3 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 698 din 04 august 2020)

(5) Cardul național își încetează valabilitatea la data la care titularului i s-a eliberat o carte electronică de identitate.

(la 07-08-2020 Alineatul (5) din Articolul 338 , Capitolul III , Titlul IX a fost modificat de Articolul IV din LEGEA nr. 162 din 3 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 698 din 04 august 2020)

ART. 339

(1) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național, respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat se suportă din bugetul Ministerului Sănătății.

(1[^]1) Cheltuielile necesare pentru generarea și rescrierea noilor certificate pentru cardurile naționale de asigurări sociale de sănătate emise până la data de 31 decembrie 2014 se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(la 25-08-2020 Articolul 339 din Capitolul III , Titlul IX a fost completat de Punctul 18, Articolul I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 145 din 24 august 2020, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 776 din 25 august 2020)

(2) Cheltuielile necesare pentru producerea soluțiilor informatice pentru administrarea cardului național, precum și cheltuielile pentru distribuția acestuia prin servicii poștale se suportă de CNAS din bugetul fondului.

(3) Pentru plata și distribuția cardului național se încheie un contract de către Ministerul Sănătății și CNAS cu Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A. Modalitatea de plată a cardului național din bugetul Ministerului Sănătății către Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A., precum și mecanismul de distribuție a cardului administrat de CNAS se stabilesc prin normele metodologice prevăzute la art. 338 alin. (2).

(4) Distribuția cardurilor către asigurați se realizează prin servicii poștale, în condițiile prevăzute în Normele metodologice prevăzute la art. 338 alin. (2).

(5) Cardurile care nu au ajuns la titularii acestora în condițiile alin. (4) se distribuie prin casele de asigurări de sănătate sau, după caz, prin medicii de familie, prin modalitățile și în condițiile stabilite în Normele metodologice prevăzute la art. 338 alin. (2).

(6) În situația solicitării de eliberare a unui card duplicat de către asigurat, cu excepția faptului în care aceasta se face din motive tehnice de funcționare, cheltuielile aferente producerii și distribuției se suportă de către asigurat.

(7) Metodologia de eliberare a cardului duplicat prevăzută la alin. (6) se aprobă prin ordin al președintelui CNAS*).

*) A se vedea asteriscul de la art. 326.

ART. 340

(1) Componenta informatică a cardului național este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Cardul național se eliberează și se administrează prin utilizarea serviciilor de operare și management al unei unități specializate în acest scop. CNAS eliberează și administrează cardul național și are calitatea de operator de date cu caracter personal pentru datele menționate.

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în cardul național se face în condițiile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și legislația națională aplicabilă domeniului protecției datelor, iar prin Normele metodologice menționate la art. 338 alin. (2) va fi stabilită modalitatea de exercitare de către persoana asigurată a dreptului de acces la datele cu caracter personal legate de starea de sănătate.

(la 03-09-2021 Alineatul (3) din Articolul 340 a fost modificat de Articolul III din ORDONANȚA nr. 18 din 30 august 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 834 din 31 august 2021)

ART. 341

Cardul național poate fi utilizat numai pe teritoriul României.

ART. 342

(1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și titularii cardului național au obligația de a solicita și, respectiv, de a prezenta acest document, la data

acordării asistenței medicale, în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestui contract.

(la 21-11-2022 Alineatul (1) din Articolul 342, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(2) Alte obligații ale furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive privind implementarea sistemului cardului național se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a dispozițiilor din cuprinsul prezentului capitol.

(la 21-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 342, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

ART. 343

(1) Cardul național se emite individual pentru fiecare asigurat cu vârsta de peste 18 ani, așa cum este reglementat la art. 222 alin. (1), art. 224 și 228.

(2) Asigurații cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive decontate din bugetul fondului în baza documentelor care atestă că se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 224 alin. (1) lit. a).

(la 21-11-2022 Alineatul (2) din Articolul 343, Capitolul III, Titlul IX a fost modificat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din LEGEA nr. 310 din 17 noiembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1117 din 18 noiembrie 2022)

(3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național sau, după caz, a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național sau a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 232.

ART. 344

Caracteristicile tehnice ale cardului național, precum și modalitățile de elaborare și implementare ale acestuia se aprobă prin ordin al președintelui CNAS**).

**) A se vedea Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 753/2010 pentru aprobarea caracteristicilor tehnice ale cardului național de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 693 din 15 octombrie 2010.

ART. 345

În bugetul fondului vor fi prevăzute sume pentru cardul național, în conformitate cu dispozițiile art. 339.

ART. 346

(1) Producerea cardului național se realizează de către Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A., care poate primi în acest scop sume în avans din bugetul Ministerului Sănătății de 30%, precum și plăți parțiale, cu reținerea avansului aferent, din fondurile alocate anual pentru producerea cardului național, pentru cardurile naționale produse, înainte de a fi personalizate cu datele asiguraților.

(2) Prin excepție de la prevederile art. 52 alin. (10) din Legea nr. 500/2002, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Sănătății nu va percepe dobânzi și penalități de întârziere sau majorări de întârziere la sumele reprezentând plăți în avans acordate conform alin. (1).

(3) Diferența de plată, până la valoarea integrală a cardurilor naționale, se realizează după recepția cardurilor naționale personalizate cu datele asiguraților.

(4) Personalizarea cardului național se realizează de către Centrul Național Unic de Personalizare a Pașapoartelor Electronice din cadrul Direcției Generale de Pașapoarte, structură componentă a Ministerului Afacerilor Interne.

(5) Echipamentele și aplicațiile de personalizare necesare potrivit alin. (3), precum și serviciile pentru funcționarea neîntreruptă a acestora se asigură de către Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A. și de către CNAS.