Table of Contents

[TITLUL I SĂNĂTATEA PUBLICĂ 3](#_Toc323127280)

[*Cap. 1. Dispoziţii generale* 3](#_Toc323127281)

[*Cap. 2. Principii şi domenii de intervenţie ale sănătăţii publice* 4](#_Toc323127282)

[*Cap. 3. Autorităţile sistemului de sănătate publică* 7](#_Toc323127283)

[*Cap. 4. Dispoziţii privind obligaţiile persoanelor fizice şi juridice* 11](#_Toc323127284)

[*Cap. 5. Utilizarea mass-media în interesul sănătăţii publice* 13](#_Toc323127285)

[*Cap. 6. Inspecţia sanitară de stat* 13](#_Toc323127286)

[*Cap. 7. Dispoziţii tranzitorii şi finale* 14](#_Toc323127287)

[TITLUL II PROGRAMELE NAŢIONALE DE SĂNĂTATE 15](#_Toc323127288)

[*Cap. 1 Dispoziţii Generale* 15](#_Toc323127289)

[*Cap. 2 Atribuţii în realizarea programelor naţionale de sănătate* 17](#_Toc323127290)

[*Cap. 3 Finanţarea programelor naţionale de sănătate* 17](#_Toc323127291)

[*Cap. 4 Dispoziţii finale* 18](#_Toc323127292)

[TITLUL III ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ 19](#_Toc323127293)

[*Cap. 1 Dispoziţii generale* 19](#_Toc323127294)

[*Cap. 2 Derularea şi coordonarea activităţii de asistenţă medicală primară si comunitara* 20](#_Toc323127295)

[*Cap. 3 Finanţarea activităţii furnizorilor de servicii de medicina primară* 24](#_Toc323127296)

[*Cap. 4 Rolul şi obligaţiile asistenţei medicale primare în sistemul de sănătate* 25](#_Toc323127297)

[*Cap. 5 Dispoziţii finale* 25](#_Toc323127298)

[TITLUL V SPITALELE 26](#_Toc323127299)

[CAP. 1 Dispoziţii generale 26](#_Toc323127300)

[*CAP. 2 Organizarea şi funcţionarea spitalelor* 27](#_Toc323127301)

[*CAP. 3 Finanţarea spitalelor* 30](#_Toc323127302)

[*CAP. 4 Dispoziţii tranzitorii şi finale* 32](#_Toc323127303)

[TITLUL X SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE 34](#_Toc323127304)

[*Cap.1 Dispoziţii generale* 34](#_Toc323127305)

[*Cap.2 Constituirea şi utilizarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate* 38](#_Toc323127306)

[*Cap. 3 Organizarea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate* 42](#_Toc323127307)

[*Cap. 4 Organizarea sistemului de asigurări voluntare de sănătate* 53](#_Toc323127308)

[*Cap. 5 Asiguraţii* 57](#_Toc323127309)

[*Cap. 6 Furnizorii de servicii de sănătate* 64](#_Toc323127310)

[*Cap. 7 Controlul* 68](#_Toc323127311)

[*Cap. 8 Răspunderi şi sancţiuni* 68](#_Toc323127312)

**TITLUL I SĂNĂTATEA PUBLICĂ**

***Cap. 1******. Dispoziţii generale***

1.
2. Sistemul de sănătate este reprezentat de ansamblul tuturor structurilor medicale, organizaţiilor publice şi private, instituţiilor şi resurselor mandatate să prevină imbolnavirile, sa menţină, să îmbunătăţească şi să redea sănătatea populaţiei.
3. Asistenţa de sănătate publică reprezintă serviciile de sănătate individuale, serviciile de sănătate adresate populaţiei sau anumitor grupuri populaţionale, cât şi activităţile menite să influenţeze politicile şi acţiunile din alte sectoare care se adresează determinaţilor socio-economici şi de mediu asupra sănătăţii.

Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului sănătăţii publice pe plan naţional, sănătatea publică reprezentând un obiectiv de interes social şi de securitate naţională, în contextul strategiei globale pentru bunăstare şi sănătate.

Asistenţa de sănătate publică este garantată de stat şi finanţată prin bugetul Ministerului Sănătăţii, de la bugetul de stat sau din veniturile proprii, bugetele locale, bugetele asigurărilor de sănătate şi din alte surse, după caz, potrivit legii.

Responsabilitatea şi coordonarea sistemului de sănătate publică revine Ministerului Sănătăţii şi structurilor sale de specialitate, organizate pe criterii de competenţe şi responsabilităţi la nivel naţional şi teritorial.

Protecţia stării de sănătate constituie o obligaţie a tuturor autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, precum şi a tuturor persoanelor fizice şi juridice.

1. În înţelesul prezentului titlu, termenii şi noţiunile folosite au următoarea semnificaţie:
2. Sănătatea publică: ştiinţa prevenirii bolilor, promovării sănătăţii şi prelungirii vieţii prin efortul organizat al întregii societăţi;
3. Asistenţa de sănătate publică reprezintă ansamblul măsurilor fundamentale care se adresează determinanţilor stării de sănătate, protejării sănătăţii populaţiei şi tratării bolilor cu impact asupra stării de sănătate a populaţiei;
4. Supravegherea: activitatea de colectare sistematică şi continuă, analiză, interpretare, evaluare şi diseminare a datelor şi informaţiilor privind starea de sănătate a populaţiei, bolile transmisibile şi netransmisibile, pe baza cărora sunt identificate priorităţile de sănătate publică şi sunt instituite măsurile de prevenire şi control a bolilor.
5. Prevenire şi control: aplicarea unor măsuri cu valoare predictivă pozitivă, pentru eliminarea şi evitarea sau influenţarea favorabilă a unor riscuri şi evenimente cu impact negativ asupra stării de sănătate a populaţiei.
6. Monitorizarea riscurilor: identificarea, evaluarea şi estimarea gradului în care expunerea la factorii de risc din mediul natural, de viaţă şi de muncă şi cei rezultaţi din stilul de viaţă individual şi comunitar influenţează starea de sănătate a populaţiei.
7. Promovarea sănătăţii: procesul care oferă individului şi colectivităţii posibilitatea de a-şi controla şi îmbunătăţi sănătatea sub raport fizic, psihic şi social şi de a contribui la reducerea inechităţilor în sănătate.
8. Inspecţia sanitară - exercitarea controlului aplicării prevederilor legale de sănătate publică.
9. În sensul prevederilor prezentei legi, prin ministere şi instituţii cu reţele sanitare proprii se înţelege autorităţile şi instituţiile care au în subordine unităţi sanitare, altele decât Ministerul Sănătăţii, respectiv Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul Administraţiei şi Internelor, Ministerul Justiţiei, Ministerul Transporturilor şi Infrastructurii, Serviciul Român de Informaţii, Serviciul de Informaţii Externe, Serviciul de Telecomunicaţii Speciale, Academia Română şi autorităţile administraţiei publice locale.

***Cap. 2.*** ***Principii şi domenii de intervenţie ale sănătăţii publice***

Principiile care guvernează sănătatea publică sunt:

1. responsabilitatea societăţii pentru sănătatea publică
2. focalizarea acţiunilor de prevenire pe grupuri populaţionale vulnerabile
3. preocuparea faţă de determinanţii stării de sănătate
4. abordarea multidisciplinară şi intersectorială;
5. parteneriat activ cu populaţia, autorităţile publice centrale şi locale, alte instituții şi organizaţii guvernamentale şi nonguvernamentale cu activitate în domeniul sănătăţii publice, precum şi organisme naţionale şi internaţionale cu competenţe în sănătate publică
6. decizii bazate pe dovezi ştiinţifice
7. decizii fundamentate conform principiului precauţiei în condiţii specifice
8. descentralizarea sistemului de de sănătate publică
9. utilizarea unui sistem informaţional şi informatic integrat pentru managementul sănătăţii publice.

Modalităţile de implementare a principiilor de sănătate publică sunt:

1. reglementarea în domeniile sănătăţii publice ;
2. intervenţiile şi activităţile desfăşurate în cadrul programelor naţionale de sănătate publică;
3. avizarea/autorizarea/notificarea unităţilor, activităţilor şi produselor cu impact asupra sănătăţii individuale, a comunităţilor şi a populaţiei;
4. evaluarea impactului asupra sănătăţii comunităţilor şi populaţiei în relaţie cu programe, strategii şi politici de sănătate ale tuturor sectoarelor de activitate cu impact asupra determinanţilor stării de sănătate a populaţiei
5. activitatea de inspecţie sanitară de stat.

Funcţiile principale ale sistemului de sănătate publică vizează:

1. dezvoltarea politicilor, strategiilor şi programelor pentru asigurarea sănătăţii populaţiei;
2. monitorizarea şi analiza stării de sănătate a populaţiei, monitorizarea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate;
3. sănătatea reproducerii
4. sănătatea mamei şi copilului
5. supravegherea epidemiologică, prevenirea şi controlul bolilor transmisibile şi netransmisibile
6. managementul activităţilor de prevenire primară prin imunoprofilaxie activă
7. prevenirea şi controlul epidemiilor şi evenimentelor neaşteptate în starea de sănătate, după caz, instituirea stării de alertă locală, naţională sau transfrontalieră
8. sănătatea în relaţie cu mediul
9. asigurarea capacităţilor de răspuns la dezastre sau ameninţări la adresa vieţii şi sănătăţii populaţiei
10. promovarea sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos
11. evaluarea şi asigurarea calităţii serviciilor de asistenţă de sănătate publică;
12. cercetarea, dezvoltarea şi implementarea unor mecanisme eficiente de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, de informare, educare şi comunicare pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi promovarea stării de sănătate;
13. colaborarea la procesul de învăţământ medical şi educaţional pentru integrarea conceptului de prevenire şi precauţie specifică;
14. asigurarea fluxului informaţional specific naţional şi internaţional;
15. siguranţa alimentului şi promovarea politicilor de nutriţie sănătoasă;
16. sănătatea ocupaţională;
17. integrarea priorităţilor de sănătate publică în politicile şi strategiile sectoriale şi în strategiile naţionale de dezvoltare durabilă.

Principalele direcţii de intervenţie în domeniul sănătăţii publice sunt următoarele**:**

1. Elaborarea, implementarea şi realizarea obiectivelor Strategiei Naţionale de Sănătate Publică;
2. Realizarea obiectivelor Strategiei Naţionale de Sănătate Publică prin Programe Naţionale de Sănătate coordonate de Ministerul Sănătăţii, precum şi prin proiecte şi parteneriate, cu implicarea activă a instituţiilor publice şi private, organizaţii guvernamentale, naţionale şi internaţionale, precum şi organizaţii neguvernamentale care acţionează în domeniul sănătăţii publice ;
3. Asigurarea implementării, monitorizării şi evaluării intervenţiilor şi activităţilor prevăzute de Strategia Naţională de Sănătate Publică şi de Programele Naţionale de Sănătate privind prevenirea, supravegherea şi controlul bolilor transmisibile şi netransmisibile prin:
	1. asigurarea imunizării populaţiei împotriva bolilor infecţioase cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei;
	2. asigurarea unui sistem eficient de supraveghere, prevenire şi control al bolilor transmisibile şi netransmisibile;
	3. reglementarea normativă pentru prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile şi netransmisibile;
	4. programe şi intervenţii de prevenire şi control organizate la nivel naţional şi/sau local;
	5. controlul epidemiilor şi supravegherea bolilor cu pondere semnificativă în populaţie;
	6. pregătirea şi planificarea pentru urgenţele de sănătate publică;
	7. organizarea acţiunilor de screening pentru depistarea precoce a bolilor;
	8. supravegherea infecţiilor nosocomiale şi monitorizarea utilizării antibioticelor;
	9. Coordonarea activităţilor de implementare a prevederilor Regulamentului Sanitar Internaţional la nivel naţional
4. Protejarea sănătăţii în relaţie cu mediul înconjurător prin:
	1. monitorizarea şi influenţarea favorabilă a factorilor de mediu în relaţie cu sănătatea
	2. evaluarea factorilor de mediu nou identificaţi, cu risc pentru starea de sănătate
	3. definirea standardelor pentru factorii de mediu în relaţie cu starea de sănătate
	4. reglementarea calităţii principalilor factori de mediu
	5. stabilirea şi reglementarea normelor de igienă comunitară
	6. reglementarea circulaţiei produselor şi serviciilor cu impact asupra sănătăţii publice
5. Siguranţa alimentului şi nutriţia populaţiei prin:
	1. supravegherea şi controlul calităţii şi siguranţei alimentelor;
	2. reglementarea calităţii principalilor factori alimentari
	3. elaborarea de reglementari în domeniul siguranţei alimentelor
	4. supravegherea stării de nutriţie a populaţiei
	5. implementarea de măsuri pentru asigurarea unei nutriţii sănătoase în rândul populaţiei
6. Sănătatea ocupaţională prin:

1.elaborarea reglementărilor tehnice necesare protecției sănătății în relație cu mediul de muncă, pentru promovarea sănătății la locul de muncă precum și normelor specifice de medicina muncii;

2.cercetarea, înregistrarea, declararea bolilor profesionale precum și evidența bolilor legate de profesie

3. evaluarea riscurilor asupra stării de sănătate a lucrătorilor cauzate de expunerea la factorii nocivi prezenți în mediul de muncă.

g) Colaborarea pe domeniul de competenţă cu alte ministere și instituții implicate în activități cu impact asupra sănătății și securității în muncă a lucrătorilor.

h) Evaluarea stării de sănătate prin:

* 1. monitorizarea indicatorilor stării de sănătate conform standardelor naţionale şi internaţionale
	2. analiza evoluţiei morbidităţii şi a determinanţilor stării de sănătate
	3. evaluarea eficacităţii şi eficienţei intervenţiilor şi activităţilor din cadrul programelor naţionale de sănătate
	4. managementul nevoilor populaţiei privind serviciile de sănătate publică
	5. identificarea problemelor şi riscurilor de sănătate în comunităţi
1. Promovarea sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos şi educaţia pentru sănătate prin:
	1. programe de educaţie pentru sănătate în scopul promovării stării de sănătate, care sa răspundă problemelor prioritare de sănătate publică identificate la nivel național şi local
	2. campanii de informare-educare-comunicare adresate populației generale, unor grupuri populaţionale la risc sau grupurilor populaționale vulnerabile
	3. implicarea comunităţilor locale în protejarea şi promovarea stării de sănătate
2. Managementul sănătăţii publice bazat pe:
	1. coordonare şi inițiativă în formularea şi implementarea politicilor de sănătate publică pe baze ştiinţifice;
	2. evaluarea calităţii resursei umane şi a serviciilor de sănătate publică la nivelul comunităţilor
	3. asigurarea coordonării şi cooperării intersectoriale şi multisectoriale în sănătate publică şi evaluarea periodică a acesteia, în conformitate cu conceptul european “Sănătate în toate politicile”
	4. evaluarea impactului politicilor din alte sectoare asupra stării de sănătate
	5. cercetare în managementul sănătăţii publice şi a sistemelor de sănătate
3. Inspecţia sanitară de stat prin:

 a) verificarea conformităţii cu normele legale în domeniul sănătăţii publice a amplasamentelor, activităţilor, proceselor, serviciilor, produselor*,* inclusiv produsele de origine umană destinate utilizării terapeutice*,* precum şi a factorilor de mediu;

 b) verificarea respectării reglementărilor privind starea de sănătate a personalului angajat, cunoştinţele, atitudinile şi practicile acestuia în raport cu normele igienico-sanitare şi domeniul de activitate ;

 c) depistarea riscurilor pentru sănătate şi impunerea măsurilor de eliminare sau, după caz, de diminuare a acestora;

 d) comunicarea datelor despre existenţa şi dimensiunea riscului identificat persoanelor responsabile cu managementul riscului, consumatorilor şi altor potenţiali receptori interesaţi.

***Cap. 3.*** ***Autorităţile sistemului de sănătate publică***

1. În sensul prezentei legi, prin autorităţi ale sistemului de sănătate publică se înţelege:
2. Ministerul Sănătăţii, autoritatea centrală în domeniul sănătăţii publice, organ de specialitate al administraţiei publice centrale, cu personalitate juridică, ordonator principal de credite, în subordinea Guvernului;
3. Institutul Naţional de Sănătate Publică, unitate de specialitate în domeniul sănătăţii publice la nivel naţional şi regional, cu personalitate juridică, ordonator secundar de credite, în subordinea Ministerului Sănătăţii;
4. Direcţiile de sănătate publică teritoriale, servicii publice deconcentrate ale Ministerului Sănătăţii, cu personalitate juridică, ordonator secundar de credite, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel administrativ teritorial;
5. Institutul National de Cercetare-Dezvoltare în Microbiologie şi Imunologie „Prof. Cantacuzino”, institut de importanţă strategică în domeniul cercetării în domeniul microbiologiei şi imunologiei, precum şi al producţiei naţionale de vaccinuri şi seruri, instituţie cu personalitate juridică, aflat în coordonarea Ministerului Sănătăţii
6. Instituţiile, autorităţile sau agenţiile desemnate prin prezentul act normativ în calitate de autorităţi competente pe domenii specifice de activitate;
7. (a) Pentru realizarea obiectivelor specifice de prevenire, supraveghere, monitorizare şi control a priorităţilor de sănătate publică naţionale, instituţiile prevăzute la alin.(1) literele b,c, d si e, sunt finanţate prin bugetul Ministerului Sănătăţii, de la bugetul de stat sau din veniturile proprii.

(b) Pentru diagnosticul bolilor transmisibile prioritare, precum şi pentru producţia de vaccinuri şi seruri, strict necesare acţiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor populaţiei prin boli transmisibile, Ministerul Sănătăţii asigură finanţarea necesară, de la bugetul de stat sau din veniturile proprii ale acestuia, pe bază de contract de finanţare, încheiat cu INCDMI Cantacuzino.

 Ministerul Sănătăţii are în principal următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

a) elaborează politici, strategii şi programe de acţiune în domeniul sănătăţii populaţiei, în acord cu prioritatile de sanatate publica nationale si internationale;

b) coordonează şi controlează implementarea politicilor, strategiilor şi programelor din domeniul sănătăţii populaţiei, la nivel naţional, regional şi local;

 c) evaluează şi monitorizează starea de sănătate a populaţiei, ia măsuri pentru îmbunătăţirea acesteia şi informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendinţele de evoluţie şi despre măsurile necesare pentru îmbunătăţirea acestora;

d) reglementează modul de organizare şi funcţionare a sistemului de sănătate;

e) monitorizează, controlează şi evaluează activitatea instituţiilor sanitare şi ia măsuri pentru îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale acordate populaţiei;

f) asigură, în colaborare cu instituţiile administraţiei publice centrale şi locale, resursele umane, materiale şi financiare necesare funcţionării instituţiilor din sistemul public de sănătate;

g) colaborează cu reprezentanţii autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, cu cei ai societăţii civile şi cu mass-media în scopul educaţiei pentru sănătate a populaţiei şi adoptării unui stil de viaţă sănătos;

h) stabileşte priorităţile naţionale de sănătate publică şi asigură coordonarea şi monitorizarea derulării la nivel naţional a programelor naţionale de sănătate, conform actelor normative care reglementează modul de organizare, derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate

i) elaborează şi avizează reglementări în domeniul asistenţei de sănătate publică

j) evaluează periodic şi prezintă informări periodice Guvernului privind indicatorii stării de sănătate a populaţiei şi realizarea obiectivelor programelor naţionale de sănătate

k) coordonează, implementează şi monitorizează proiectele finanţate din fonduri europene, prin acorduri bilaterale, şi alte acorduri internaţionale în domeniul de competenţă

 l) coordonează din punct de vedere ştiinţific şi metodologic, prin departamentele de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, prin structurile de specialitate, aflate în subordinea sau coordonarea acestuia, precum şi prin comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, sistemul de sănătate publică

m) organizează şi coordonează la nivel naţional activitatea de inspecţie sanitară de stat

 n) aprobă, prin ordin al ministrului, ghidurile şi protocoalele de practică medicală şi de sănătate publică, cu participarea Comisiilor de specialitate ale ministerului sănătăţii şi/sau a instituţiilor din subordine, după caz.

o) Ministerul Sănătăţii coordonează la nivel naţional de implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi procedurile de implementare a actelor comunitare privind domeniul sănătăţii publice.

p) propune, elaborează şi implementează măsurile de prevenire şi combatere a fraudei şi corupţiei din sistemul public de sănătate, în concordanţă cu documentele strategice naţionale şi europene.”

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii sunt reglementate prin hotărâre a guvernului şi ordine ale ministrului sănătăţii.

Direcţiile de sănătate publică teritoriale au, în principal, următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

a) evaluează şi controlează modul de asigurare a asistenţei medicale profilactice şi curative la nivel teritorial;

b) organizează acţiuni de prevenire a îmbolnăvirilor şi de promovare a sănătăţii;

c) colectează, înregistrează, evaluează şi transmit date privind sănătatea populaţiei, utilizând informaţiile în scopul identificării problemelor locale de sănătate publică;

d) identifică şi intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică sau ameninţările la adresa sănătăţii populaţiei;

e) intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul comunităţilor/populaţiei sau ale persoanelor aparţinând grupurilor defavorizate;

f) organizează culegerea şi prelucrarea informaţiilor statistice medicale primite de la furnizorii de servicii de sănătate şi transmit rapoarte statistice lunare către instituţiile desemnate în acest scop;

g) întocmesc rapoarte privind starea de sănătate a populaţiei, care sunt înaintate Ministerului Sănătăţii prin Institutul Naţional de Sănătate Publică precum şi partenerilor instituţionali la nivel local, după caz;

h) implementează, coordonează, monitorizează şi evaluează modul de derulare a programelor naţionale de sănătate la nivel local, şi încheie contracte de furnizare de servicii, în condiţiile prevăzute în actele normative care regelementează modul de derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate;

 i) monitorizeaza şi coordonează activităţile de evaluare a impactului asupra stării de sănătate, a politicilor şi programelor din alte sectoare de activitate;

 j) participă activ la programele de instruire a personalului din serviciile de sănătate publică;

k) coordonează la nivel local implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătăţii;

l) organizează şi desfăşoară activitatea de inspecţie sanitară de stat la nivel teritorial.

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea direcţiilor de sănătate publică teritoriale sunt reglementate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Institutul Naţional de Sănătate Publică, în principal, are următoarele atribuţii şi responsabilităţi:

1. reprezintă autoritatea naţională competentă în domeniul bolilor transmisibile;
2. asigură îndrumarea tehnică şi metodologică a sistemului de sănătate publică, e pe domeniile de competenţă, stabilite conform legislaţiei în vigoare;
3. participă la elaborarea strategiilor şi politicilor din domeniul de competenţă;
4. participă la elaborarea de proiecte de acte normative, norme, metodologii şi instrucţiuni privind domeniile specifice din domeniul sănătăţii publiceefectuează expertize şi evaluări, oferă asistenţă tehnică şi realizează servicii de sănătate publică, la solicitarea unor persoane fizice sau juridice;
5. supraveghează starea de sănătate a populaţiei, bolile transmisibile şi netransmisibile, pentru identificarea problemelor de sănătate comunitară
6. asigură sistemul de supraveghere epidemiologică, precum şi de alertă precoce şi răspuns rapid şi participă la schimbul de informaţii în cadrul reţelei naţionale şi europene de supraveghere epidemiologică în domeniul bolilor transmisibile;
7. participă la efectuarea de investigaţii epidemiologice de teren, din proprie iniţiativă, la solicitarea Ministerului Sănătăţii sau la solicitarea autorităţilor administratiei publice locale;
8. elaborează metodologia, instrumentele şi indicatorii de monitorizare şi evaluare a serviciilor şi programelor de sănătate publică, de promovare a sănătăţii şi de educaţie pentru sănătate, stabilite conform actelor normative care reglementează modul de derulare şi finanţare a programelor naţionale de sănătate;
9. avizează, autorizează şi notifică activităţile şi produsele cu impact asupra sănătăţii populaţiei, în baza metodologiei şi procedurilor aprobate de ministrul sănătăţii;
10. participă la procesul de învăţământ medical de bază şi de specializare şi perfecţionare, în domeniile specifice din cadrul sănătăţii publice;
11. desfăşoară activităţi de cercetare-dezvoltare în domeniul sănătăţii publice;
12. asigură organizarea şi funcţionarea unui sistem informaţional şi informatic standardizat pentru managementul sănătăţii publice;
13. coordonează la nivel naţional şi teritorial implementarea activităţilor care decurg din obligaţiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană şi planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătăţii;
14. implementează, ca ordonator secundar de credite Programele Naţionale de Sănătate stabilite prin actele normative care reglementează modul de organizare, monitorizare, control şi finanţare a programelor naţionale de sănătate.

Alte atribuţii şi responsabilităţi, organizarea, reorganizarea şi funcţionarea Institutului Naţional de Sănătate Publică sunt reglementate prin hotărâre a guvernului şi/sau ordine ale ministrului sănătăţii, după caz.

Alte instituţii din sistemul de sănătate publică:

1. institute naţionale de cercetare dezvoltare şi alte unităţi cu personalitate juridică, care funcţionează potrivit legii, în coordonarea Ministerului Sănătăţii;
2. alte instituţii, structuri, servicii cu sau fără personalitate juridică, care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică la nivel naţional, regional, judeţean sau local, aflate în subordonarea sau coordonarea ministerului sănătăţii, respectiv, în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităţilor administraţiei publice locale, nominalizate prin hotărâre a guvernului, la propunerea sau cu avizul Ministerului Sănătăţii.

(1) Instituţiile care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică la nivel naţional si teritorial, cu personalitate juridică, aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătăţii, se înfiinţează, se reorganizează sau se desfiinţează, la propunerea Ministerului Sănătăţii, prin hotărâre a guvernului.

(2) Direcţiile, unităţile şi serviciile care desfăşoară activităţi în domeniul asistenţei de sănătate publică aflate în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităţilor administraţiei publice teritoriale se înfiinţează, se reorganizează sau se desfiinţează, la propunerea autorităţii sale ierarhice, cu avizul Ministerului Sănătăţii şi prin hotărâre a guvernului.

***Cap. 4******. Dispoziţii privind obligaţiile persoanelor fizice şi juridice***

1.

Orice persoană fizică sau juridică, având calitatea de angajator, este obligată să asigure fondurile şi condiţiile necesare pentru:

1. efectuarea controlului medical periodic, conform normelor de sănătate publică şi securitate în muncă;
2. aplicarea măsurilor de igienă, dezinfecţie, dezinsecţie şi deratizare periodică la locul de muncă;
3. vaccinarea şi profilaxia specifică impusă de riscurile de la locul de muncă.
4. Cetăţenii români şi orice altă persoană aflată pe teritoriul României, precum şi unităţile şi agenţii economici au obligaţia să respecte măsurile de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, să respecte întocmai normele de igienă şi sănătate publică şi să aplice măsurile legale în vigoare stabilite privind instituirea condiţiilor pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi pentru promovarea sănătăţii individului şi a populaţiei.
5. Furnizorii de servicii medicale din sectorul public şi privat sunt obligaţi să respecte prevederile prezentului titlu.
6.
7. Informaţiile privind sănătatea populaţiei se păstrează la autorităţile de sănătate publică teritoriale sau naţionale, la autorităţile de sănătate publică ale ministerelor cu reţea de servicii medicale proprie, precum şi la instituţiile desemnate specific in acest scop şi pot fi folosite în scopul întocmirii rapoartelor statistice nenominalizate, în vederea evaluării stării de sănătate a populaţiei.
8. Folosirea în alte scopuri a informaţiilor înregistrate se poate admite numai dacă este îndeplinită una dintre următoarele condiţii:
9. există o dispoziţie legală în acest sens;
10. există acordul persoanei în cauză;
11. datele sunt necesare pentru prevenirea îmbolnăvirii unei persoane sau a comunităţii, după caz;
12. datele sunt necesare pentru efectuarea urmăririi penale, în condiţiile legii.
13. Păstrarea confidenţialităţii informaţiilor referitoare la persoane este obligatorie pentru toţi salariaţii care prin activitatea pe care o desfăşoară au acces la acestea în mod direct sau indirect.
14. Pentru situaţii speciale, cu impact major asupra sănătăţii publice, se constituie stocul de rezervă al Ministerului Sănătăţii, denumit Rezerva pentru situaţii speciale, care cuprinde medicamente, seruri, vaccinuri, dezinfectante, insecticide, dispozitive medicale şi alte materiale specifice, iar la nivelul autorităţilor de sănătate publică teritoriale, rezerva antiepidemică.
15. Normele metodologice de constituire, păstrare şi utilizare a rezervei pentru situaţii speciale a Ministerului Sănătăţii şi a rezervei antiepidemice se stabilesc prin ordin al ministrului sănătăţii.
16. Pentru servicii de asistenţă în domeniul sănătăţii publice, efectuate de către autorităţile de sănătate publică teritoriale la cererea unor persoane fizice şi juridice, se percep tarife potrivit reglementărilor în vigoare.
17. Veniturile proprii obţinute potrivit alin. (1) se folosesc în condiţiile legii.

***Cap. 5.*** ***Utilizarea mass-media în interesul sănătăţii publice***

1. Campaniile naţionale de schimbare a comportamentelor şi de informare, educare şi comunicare cu privire la teme care privesc sănătatea publică trebuie să fie avizate de Ministerul Sănătăţii, conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
2. Societatea Română de Radiodifuziune şi Societatea Română de Televiziune sunt obligate ca în cadrul grilelor de programe să rezerve gratuit spaţiu de emisie necesar promovării campaniilor naţionale de schimbare a comportamentelor şi de informare, educare şi comunicare referitoare la teme care privesc sănătatea publică.
3. În situaţii speciale, de interes public naţional sau de risc epidemiologic major asupra stării de sănătate a populaţiei, toate societăţile de televiziune şi radio sunt obligate să preia şi să transmită, în mod gratuit, mesajele de avertizare sau informare -educare elaborate de Ministerul Sănătăţii.

***Cap. 6.*** ***Inspecţia sanitară de stat***

(1) Activitatea de inspecţie sanitară de stat se organizează pe domenii specifice de activitate coordonată de către structura de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii şi derulată prin structurile de specialitate din direcţiile de sănătate publică teritoriale, conform competenţelor stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Furnizorii de servicii medicale din sectorul public şi privat precum şi toate unităţile supuse inspecţiei sanitare, conform legislaţiei în vigoare din domeniul sănătăţii publice, au obligaţia de a permite accesul persoanelor împuternicite de către Ministerul Sănătăţii în vederea efectuării inspecţiei.

1. Personalul care exercită activitatea de inspecţie sanitară de stat are calitatea de funcţionar public şi este împuternicit, de către Ministerul Sănătăţii, conform competenţelor.
2. Activitatea de inspecţie sanitară se organizează şi se derulează conform normelor generale şi specifice elaborate şi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii , cu respectarea prevederilor legale privind sănătatea publică.
3. Pentru exercitarea activităţii de inspecţie în sănătatea publică, personalul împuternicit are drept de:
4. acces în orice tip de unităţi, la documente, informaţii, conform competenţelor;
5. recoltare a produselor în vederea analizării și evaluării riscului pentru sănătatea publică;
6. constatare şi sancţionare a contravenţiilor prevăzute de legislaţia din domeniul sănătăţii publice.
7. aplicare de sigilii sau semne distinctive cu valoare de sigiliu.
8. În situaţii de risc pentru sănătatea publică, personalul împuternicit interzice punerea în consum a produselor, decide retragerea produselor, suspendarea activităţilor, închiderea unităţilor, retragerea sau anularea autorizaţiei sanitare de funcţionare, a avizului, a notificărilor pentru activităţi şi produse şi dispune orice alte măsuri pe care situaţia le impune, conform legii.
9. Concluziile activităţilor de control, abaterile de la normele legale, recomandările şi termenele de remediere a deficienţelor, precum şi alte măsuri legale aplicate se consemnează în procese-verbale de control, rapoarte de inspecţie, procese-verbale de constatare a contravenţiilor, procese verbale de recoltare a probelor, decizii de suspendare a activităţilor, decizii de închidere a unităţilor, după caz.
10. În exercitarea activităţii, personalul împuternicit asigură păstrarea confidenţialităţii datelor, cu excepţia situaţiilor care constituie un risc pentru sănătatea publică, caz în care comunicarea se va face prin reprezentantul legal.

***Cap. 7.*** ***Dispoziţii tranzitorii şi finale***

1.
2. În termen de 90 zile de la intrarea în vigoare a prezentului titlu, Ministerul Sănătăţii va elabora reglementările legale privind organizarea şi funcţionarea instituţiilor prevăzute în prezentul titlu.
3. In 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului titlu se abrogă Titlul I din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii publicată în Monitorul oficial al României **Nr. 372 din 28 aprilie 2006.**

Prevederile specifice ale prezentului titlu se aplică şi de către ministerele şi instituţiile cu reţele sanitare proprii.

**TITLUL II** **PROGRAMELE NAŢIONALE DE SĂNĂTATE**

***Cap. 1*** ***Dispoziţii Generale***

1. Programele naţionale de sănătate constituie principala modalitate de implementare a politicilor şi strategiilor de sănătate publică.
2. Programele naţionale de sănătate reprezintă un ansamblu de acţiuni multianuale orientate spre domeniile de intervenţie prioritare ale sănătăţii publice.
3. Derularea programelor naţionale de sănătate reprezintă un proces de organizare a resurselor umane, materiale si financiare în scopul asigurării de bunuri, servicii sau schimbări ale comportamentelor şi mediului de viaţă şi muncă pentru beneficiarii acestor programe, ca răspuns la anumite nevoi de sănătate publică identificate din date obiective.

(4) Programele naţionale de sănătate sunt destinate:

1. prevenirii, supravegherii şi controlului bolilor transmisibile;
2. prevenirii, supravegherii şi controlului bolilor netransmisibile;
3. promovării sănătăţii şi a unui stil de viaţă sănătos;
4. monitorizării factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă;
5. asigurării sănătăţii mamei şi copilului.

 (5) Programele naţionale de sănătate cuprind următoarele etape:

1. iniţierea;
2. implementarea;
3. monitorizarea;
4. evaluarea.

(6) Elementele componente ale programelor naţionale de sănătate sunt următoarele:

1. obiectivele;
2. activităţile;
3. resursele (umane, materiale, procedurale şi de timp),
4. beneficiarii / populaţia-ţintă;
5. cheltuieli eligibile;
6. sistemul managerial;
7. componenta de evaluare.

1. Programele naţionale de sănătate sunt derulate în mod distinct de către Ministerul Sănătăţii.
2. Structura programelor naţionale de sănătate, obiectivele acestora, precum şi orice alte condiţii şi termene necesare derulării programelor se aprobă prin hotărâre a Guvernului, iniţiată la propunerea Ministerului Sănătăţii.
3. Normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii .
4. Beneficiarii programelor naţionale de sănătate derulate de către Ministerul Sănătăţii sunt cetăţeni români, indiferent dacă aceştia au sau nu calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
5. Criteriile de eligibilitate care trebuie îndeplinite de beneficiari pentru includerea în programele naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele metodologice de realizare a programelor naţioanale de sănătate.
6. Pentru derularea programelor naţionale de sănătate, Ministerul Sănătăţii sau după caz, unităţile din subordinea acestuia pot organiza la nivel naţional proceduri pentru achiziţia de medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale.
7. Acordarea medicamentelor, materialelor sanitare şi dispozitivelor medicale, pentru pacienţii cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, se poate realiza şi pe baza de contracte cost-volum şi contracte cost-volum-rezultat, în condiţiile prevăzute în hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).
8. Lista denumirilor comune internaţionale ale medicamentelor utilizate în programele naţionale de sănătate se elaborează de către Ministerul Sănătăţii, cu consultarea Colegiului Farmaciştilor din România şi se aprobă prin hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).
9. În lista prevăzută la alin. (8) se includ numai denumirile comune internationale ale medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piaţă în România.

1.
2. Programele naţionale de sănătate se pot implementa prin unităţi de specialitate, prevăzute în Normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.
3. În înţelesul prezentului titlu, unităţile de specialitate sunt:
4. furnizori de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu asiguratorii de sănătate, definiţi în condiţiile legii;
5. unităţi medicale publice şi private;
6. unităţi aflate în subordinea Ministerului Sănătăţii;
7. instituţii publice;
8. organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale cu activitate relevantă în domeniul sănătăţii publice.
9. Unităţile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot angaja personal pentru derularea programelor naţionale de sănătate ca acţiuni multianuale pe toată perioada de derulare a acestora.
10. Pentru realizarea atribuţiilor şi activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, unităţile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot încheia contracte/convenţii civile cu medici, asistenţi medicali şi alte categorii de personal, după caz, precum şi cu persoane juridice, potrivit dispoziţiilor Codului civil şi în condiţiile stabilite prin normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.
11. Contractele/convenţiile civile încheiate în condiţiile alin. (4) de către unităţile de specialitate stabilite la alin. (2) prevăd acţiuni multianuale, sunt de natură civilă şi se încheie pentru toată perioada de derulare a programelor naţionale de sănătate.
12. Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (3) şi(4) sunt cuprinse în fondurile alocate programelor naţionale de sănătate.

Unităţile de specialitate prevăzute la art. 33 alin. (2) pot pot derula programe naţionale de sănătate finanţate din bugetul Ministerului Sănătăţii, după cum urmează:

1. din sumele alocate de la bugetul de stat şi din veniturile proprii direcţiilor de sănătate publică teritoriale sau unităţilor din subordinea Ministerului Sănătăţii;
2. în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică sau cu unităţile din subordinea Ministerului Sănătăţii, după caz, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.

***Cap. 2*** ***Atribuţii în realizarea programelor naţionale de sănătate***

Ministerul Sănătăţii asigură coordonarea programelor naţionale de sănătate prin îndeplinirea următoarelor atribuţii:

1. elaborează strategia programelor naţionale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naţionale de sănătate publică;
2. propune Guvernului spre aprobare programele naţionale de sănătate;
3. aprobă normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate;
4. asigură organizarea, monitorizarea, controlul, precum şi finanţarea programelor naţionale de sănătate.

***Cap. 3*** ***Finanţarea programelor naţionale de sănătate***

1. Finanţarea programelor naţionale de sănătate se realizează de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.
2. Ministerul Sănătăţii poate reţine la dispoziţia sa, din veniturile proprii, o cotă de rezervă calculată din totalul fondurilor aprobate pentru programele naţionale de sănătate, al cărei nivel şi mod de utilizare se stabilesc prin hotărâre a Guvernului, prevăzută la art. 32 alin. (2).
3. Sumele alocate programelor naţionale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. [500/2002](file:///%5C%5CPc-7667%5C..%5CUsers%5CMethos%5CSintact%202.0%5Ccache%5CLegislatie%5Ctemp%5C00057056.htm) privind finanţele publice, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 597 din 13 august 2002.
4. Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate, sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor de specialitate prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.
5. Sumele menţionate la alin. (1) vor fi publicate pe site-ul Ministerului Sănătăţii împreună cu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia acestuia.

***Cap. 4*** ***Dispoziţii finale***

(1) Unităţile de specialitate care implementează programele naţionale de sănătate, au obligaţia utilizării fondurilor în limita bugetului alocat şi potrivit destinaţiei specificate, cu respectarea dispoziţiilor legale, precum şi obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare subprogram şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, atât pentru bugetul aprobat, cât şi în execuţie.

(2) Categoriile de cheltuieli eligibile pentru derularea programelor naţionale de sănătate, precum şi modalitatea de finanţare a acestora se aprobă prin normele metodologice de realizare a programelor naţionale de sănătate.

(3) Ministerul Sănătăţii, asigură fondurile pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, respectiv a subprogramelor, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari şi terţiari, care vor solicita finanţarea în funcţie de realizarea indicatorilor, cu încadrarea în fondurile alocate cu această destinaţie.

(1) Prezentul titlu intră în vigoare la data de 1 decembrie 2012.

(2) In termen de 30 zile de la intrarea în vigoare a prezentului titlu se aproba hotărârea de Guvern și normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(3) La data de 31 decembrie 2012 se abrogă Titlul II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 372 din 28 aprilie 2006, Hotărârea de Guvern nr. 1388/2010 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, cu modificările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 893 din 30 decembrie 2010 și Ordinul comun al ministrului sănătăţii şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.1591/1110/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 53 din 21 ianuarie 2011.

**TITLUL III** **ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ**

***Cap. 1*** ***Dispoziţii generale***

1. Domeniul asistenţei medicale primare si comunitare priveşte serviciile medicale specifice de prim contact asigurate populaţiei
2. În cuprinsul prezentei legi următorii termeni sunt definiţi astfel:
3. asistenţă medicală primară si comunitara – servicii medicale de baza furnizate unei populaţii desemnate, cu asigurarea continuităţii actului medical, indiferent de absenţa sau prezenţa bolii, cu integrarea aspectelor fizice, psihologice şi sociale ale stării de sănătate şi cu accent principal pe prevenţie, promovarea sănătăţii, îngrijirea afecţiunilor acute şi cronice, îngrijiri la domiciliu şi activităţi de îngrijiri medicale la nivelul comunităţii. Componenta comunitara a AMPC reprezinta ansamblul de activităţi şi servicii de sănătate organizate la nivelul asistentei medicale primare, pentru soluţionarea problemelor medico-sociale din comunitate, în vederea prevenirii îmbolnăvirilor şi menţinerii stării de sănătate a acesteia în propriul mediu de viaţă.
4. medicina de familie – specialitate care asigură servicii medicale de prim-contact din asistenta medicala primara, în contextul unei relaţii continue cu pacienţii, în prezenţa bolii sau în absenţa acesteia.
5. medicul de familie – medicul specialist în specialitatea medicina de familie;
6. cabinetul de medicină de familie – unitatea medicala care furnizează servicii medicale în asistenţa medicală primară.
7. praxisul de medicină de familie – patrimoniul şi infrastructura cabinetului de medicina de familie, de afectaţiune profesională aflată în proprietatea sau în folosinţa medicului, şi clientela;
8. grup de practică – asocierea a doi sau mai mulţi medici de familie titulari de cabinete de medicină de familie, în vederea furnizării de servicii medicale şi/sau a utilizării în comun a unor resurse;
9. echipa de asistenta medicala comunitara – constituita la nivel comunitar din asistent medical comunitar, mediator sanitar, precum şi din moaşa, asistent social, fizioterapeut şi alte profesii, în raport cu necesităţile comunităţii.
10. echipa de asistenţă medicală primară multidisciplinară – include medicul de familie şi echipa de asistenta medicala comunitara.
11. Aplicarea prevederilor prezentei legi se face în baza următoarelor principii:
12. principiul competenţei profesionale – conform căruia furnizarea serviciilor de asistenţă medicală primară se face în baza competenţelor profesionale dobândite
13. principiul echilibrului şi al concurenţei – conform căruia, aprobarea înfiinţarii unui cabinet de medicină de familie se va de catre o comisie formata din reprezentatii DSP, colegiului medicilor local si societatii profesionale locale avându-se în vedere asigurarea serviciilor medicale în primul rând pentru populaţia lipsită de astfel de servicii, pe baza principiilor concurenţei loiale;
14. principiul stabilităţii şi continuităţii serviciilor medicale – conform căruia trebuie asigurată populaţiei asistenţa medicală neîntreruptă, pe baza integrării serviciilor oferite între toate nivelurile de asistenţă medicală şi medico-socială.
15. principiul răspunderii personale – conform căruia, medicul de familie, indiferent de calitatea sa de titular sau angajat al cabinetului medical, este independent din punct de vedere al actului profesional, are drept de decizie şi poartă întreaga răspundere a actelor sale.
16. Medicul de familie este un specialist care a dobândit specialitatea corespunzătoare şi care îşi desfăşoară activitatea:
17. pe baza unei liste de pacienţi;
18. ca specialist, fără o listă de pacienţi.
19. Medicul de familie acordă îngrijiri persoanelor în contextul familiei şi, respectiv, familiilor în cadrul comunităţii, fără discriminare;
20. Caracteristicile asistenţei acordate de medicul de familie sunt următoarele:
21. constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces nediscriminatoriu pacienţilor şi ocupându-se de problemele de sănătate ale acestora;
22. foloseşte eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistenţa medicală acordată pacienţilor;
23. colaborează cu ceilalţi furnizori de servicii medicale şi sociale şi asigură continuitatea îngrijirilor acordate pacienţilor;
24. promovează sănătatea şi starea de bine a pacienţilor prin intervenţii adecvate şi eficiente;
25. urmăreşte rezolvarea problemelor de sănătate ale comunităţii, colaborând în acest sens cu autorităţile administratiei publice locale din zona în care îşi desfăşoară activitatea.

***Cap. 2*** ***Derularea şi coordonarea activităţii de asistenţă medicală primară si comunitara***

1. Cabinetul de medicină de familie furnizează servicii de asistenţă medicală primară, în condiţiile stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii, către următoarele categorii de pacienţii:

- asiguraţi, înscrişi pe lista proprie sau a altor cabinete de medicină de familie

- neasiguraţi.

1. Cabinetul de medicină de familie poate desfăşura următoarele activităţi:
2. intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale;
3. activităţi de medicină preventivă;
4. activităţi medicale curative;
5. activităţi de îngrijire la domiciliu;
6. activităţi de îngrijiri paliative;
7. activităţi medico-sociale;
8. alte activităţi medicale, în conformitate cu atestatele de studii complementare;
9. activităţi de învăţământ şi de cercetare ştiinţifică, în cabinetele medicilor acreditaţi pentru acest scop;
10. activităţi de suport.
11. Asistenţa medicală comunitara focalizata pe imbunatatirea ingrijirilor acordate persoanelor cu boli cronice. Aceasta activitate va avea 5 dimensiuni:

(a) managementul cazurilor complexe - necesita identificarea pacientilor cu risc foarte ridicat de utilizare de ingrijiri spitalicesti. Acesti pacienti au probleme intricate medicale si sociale ceea ce face dificil managementul bolilor lor in ambulator. Ingrijirile de sanatate si sociale ale acestor pacienti vor fi coordinate de medicul de familie utilizand abordarea managementul de caz pentru a anticipa, coordona si integra ingrijirile medicale primare si secundare precum si ingrijirile sociale necesare. Protocoalele de selectare si ingrijire a pacientilor ce se incadreaza in aceasta categorie vor fi elaborate ulterior.

(b) managementul afectiunilor cronice - Aceasta implica fuurnizarea catre pacienti cu conditii cronice unice dar complexe, sau cu multiple conditii cronice de servicii medicale primare si specializate integrate utilizand protocoale clinice multidisciplinare ce vor fi elaborate de catre asociatiile profesionale si ANCIS. Scopul ingrijirilor acordate acestor pacienti este prevenirea ajungerii acestora In grupul a.

(c) Sprijinul pentru autoingrijire - Sprijinul persoanelor cu boli cornice si a familiilor sau ingrijitorilor acestora pentru a dobandi cunostinte, aptitudini si incredere pentru a avea grija de ei insisi si pentru a isi ingriji efficient conditia medicala.

(d) evaluarea starii de sanatate a comunitatii cu focalizare pe identificarea factorilor de risc pentru sanatate si a morbiditatii la nivel de comunitate conform unei metodologii ce va fi elaborata.

(e) inregistrarea si monitorizarea morbiditatii si mortalitatii in medicina primara si comunitara prin intermediul dispensarelor santinela infiintate prin ordin de ministru conform unei metodologii ce va fi elaborata.

1. Serviciile furnizate de către echipa de asistenta medicala comunitara pot fi:
2. educarea, informarea, comunicarea pentru sănătate;
3. promovarea unor atitudini şi comportamente favorabile unui stil de viaţă sănătos;
4. educaţie şi acţiuni direcţionate pentru asigurarea unui mediu şi stil de viaţă sănătos;
5. activităţi de profilaxie primară, secundară şi terţiară;
6. promovarea sănătăţii reproducerii şi a planificării familiale;
7. asistenta medicala de urgenta in limita competentelor.
8. Derularea activităţii în asistenţa medicală primară se realizează, de regula, cu o echipă de asistenţă medicală primara multidisciplinară. Echipele astfel constituite pot deservi colectivităţi mai mari, în funcţie de specificul zonei.
9. Mai multe echipe se pot asocia în reţele de asistenţă medicala primară prin care se poate asigura continuitatea în acordarea îngrijirilor medicale şi în afara orelor de program, in cadrul centrelor de permanenta sau in alte forme organizatorice, în conformitate cu prevederile Contractului- cadru  privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, numit in continuare Contract cadru şi a altor prevederi legale aplicabile.
10. In cazul asistentei comunitare focalizate pe imbunatatirea ingrijirilor persoanelor cu boli cronice asistenta comunitara se poate realiza prin intermediul retelelor de asistenta medicala primara si secundara integrate care vor cuprinde echipa medicala multidisciplinara primara precum si medici de specialitate in functie de morbiditatea existenta intr-o anumita comunitate.
11. Reţelele de asistenţă medicala primară precum si cele de servicii medicale integrare vor avea acces cu prioritate la finanţarea din fondurile publice cu aceasta destinaţie.
12. Echipa de asistenţă medicală primara multidisciplinară poate prelua atribuţii de asistenţă medicală de la ambulatoriile de specialitate şi de la spitale, atributii pentru care pot încheia contracte suplimentare cu asiguratorii de sănătate sau cu respectivii furnizori de servicii, în conformitate cu prevederile contractului cadru.
13. Echipa de asistenta medicala primara multidiscipilinara sau retelele furnizoare de servicii medicale integrate participa la implementarea programelor naţionale de sănătate, in condiţiile stabilite prin reglementările legale in vigoare
14. Infiintarea retelelor de asistenta medicala primara multidisciplinara si a celor de asistenta medicala integrata se face cu avizul direcţiilor de sănătate publică şi conform metodologiei elaborate de Ministerul Sănătăţii.

Forma de organizare a cabinetului de medicină de familie

1. Medicii de familie pot profesa independent, sub forma cabinetelor de medicină de familie, grupaţi în grupuri de practică, în asociere sau sub forma unor societăţi de asistenţă medicală primară si comunitara sau a unor societati de servicii medicale integrate.
2. Societăţile care furnizează servicii de asistenţă medicală primară pot fuziona numai cu alţi furnizori de servicii medicale
3. Societăţile care furnizează servicii de asistenţă medicală primară si comunitara nu pot fi fi asociaţi sau actionari ai producatorilor, distribuitorilor si furnizorilor de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale.
4. Producatorii, distribuitorii si furnizorii de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale nu pot înfiinţa, deţine sau administra societati de asistenţă medicală primară.
5. În cadrul societăţilor de asistenţă medicală primară pot deţine calitatea de fondator, asociat sau acţionar următoarele persoane:
6. medici de familie care furnizează servicii în cadrul societăţii;
7. un alt furnizor de servicii medicale (altul decat spitalul).
8. Preluarea activităţii unui praxis de medicina de familie existent, de către un alt medic de familie sau structura asociativa prevăzuta la alin. (1) în condiţiile încetării activităţii medicului titular, se face prin transmiterea patrimoniului de afectaţiune profesională si a clientelei deţinute către medicul sau organizaţia care preia praxisul.
9. Noul deţinător va aduce la cunoştinţă autorităţilor de sănătate publică teritoriale, asiguratorului de sănătate, respectiv pacienţilor, preluarea praxisului cu respectarea metodologiei aprobate. Criteriile şi metodologia de preluare se stabilesc prin norme aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
10. Coordonarea activităţii cabinetelor medicale se exercită de către medicul titular sau reprezentantul legal al cabinetului.
11. Cabinetele medicale de medicină de familie şi societăţile de asistenţă medicală primară pot înfiinţa sedii secundare, sub forma punctelor de lucru.
12. Punctele de lucru sunt administrate de medicul titular, de medicii asociaţi sau grupaţi, sau de medici de medicină generală care nu au încă drept de a fi titulari de cabinet desemnaţi de reprezentantul legal.
13. Condiţiile şi metodologia de înfiinţare, organizare şi funcţionare a formelor de organizare a medicinei primare se stabilesc prin norme elaborate de Ministerul Sănătăţii şi aprobate prin hotărâre a guvernului.
14. Serviciile de medicină de familie furnizate de cabinetele medicale sau societatile de asistenta medicala primara si comunitara sunt centrate pe nevoile populaţiei din comunităţile deservite.
15. Autorităţile administratiei publice locale susţin activitatea furnizorilor de servicii de asistenţă medicală primară la nivelul comunităţilor locale din punct de vedere financiar, material şi administrativ.
16. Autorităţile administraţiei publice locale pot sprijiniri furnizorii de servicii de medicină primara cu dotarea cu aparatură medicală şi materiale, în scopul creşterii gamei de servicii oferite populaţiei deservite.
17. Participarea materială a autorităţilor administraţiei publice locale constă şi în punerea la dispoziţia furnizorilor de asistenta medicala primara a spaţiilor cu destinaţie de sediu corespunzător prevederilor legale aplicabile
18. Evidenţa activităţii medicale derulate la nivelul asistenţei medicale primare se ţine în format electronic, conform strategiei informaţionale a Ministerului Sănătăţii şi a prevederilor contractului cadru, precum şi a celorlalte acte normative din domeniu.
19. Aplicaţiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistenţa ambulatorie de specialitate şi cea spitalicească în vederea facilitării continuităţii îngrijirilor medicale.
20. Colectarea şi transmiterea de date referitoare la supravegherea epidemiologică pentru bolile transmisibile şi bolile cronice, implementarea programelor nationale de sănătate, precum şi datele referitoare la utilizarea serviciilor medicale se realizează în conformitate cu strategia informaţionala a Ministerului Sănătăţii şi în conformitate cu prevederile Contractului Cadru.
21. Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistenta medicala primara se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANCIS.
22. Elaborarea şi implementarea ghidurilor de practică medicală se realizează de către ANCIS, în colaborare cu organizaţiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate şi se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.
23. Evaluarea calităţii serviciilor medicale furnizate se va face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

***Cap. 3*** ***Finanţarea activităţii furnizorilor de servicii de medicina primară***

1. În sistemul de asigurări sociale de sănătate finanţarea serviciilor de asistenta medicala primara se realizează pe bază de contract între furnizorii de servicii de asistenta medicală primara şi asiguratorii de sănătate conform contractului cadru.
2. Prevederile din contractul cadru privind serviciile medicale de medicină de familie se stabilesc de către CNAS şi Ministerul Sănătăţii pentru îndeplinirea obiectivelor de sănătate şi vizează:
3. volumul de servicii contractate
4. nivelul finanţării
5. mecanismele de plata
6. modalităţi de asigurare a continuităţii îngrijirii asiguraţilor
7. mecanisme de colaborare cu celelalte unităţi de asistenţă medicală aflate în contract cu asiguratorul
8. alte elemente, după caz.
9. Finanţarea asistenţei medicale comunitare se face de la bugetul de stat şi bugetele locale conform metodologiei elaborate de Ministerul Sănătăţii, în 30 de zile de la intrarea în vigoarea prezentei legi, şi aprobate prin hotărâre de Guvern.
10. Plata furnizorilor de servicii de medicină primara finanţaţi din FNUASS se face în conformitate cu prevederile contractului cadru aprobat prin hotărâre a guvernului şi pe baza altor reglementari aplicabile
11. Cabinetul de medicină de familie poate realiza venituri şi din:
12. contracte încheiate cu direcţiile de sănătate publică
13. contracte suplimentare încheiate cu asiguratorii de sănătate
14. contracte încheiate cu autorităţile administraţiei publice locale
15. contracte încheiate cu terţi, pentru servicii aferente unor competenţe suplimentare
16. plata directă de la pacienţii, pentru serviciile necontractate cu terţi plătitori, şi suportate de către aceştia
17. coplata aferentă unor activităţi şi servicii medicale
18. contracte de cercetare şi pentru activitate didactică
19. donaţii, sponsorizări
20. alte surse, conform legii.
21. Sistemul de plată pentru serviciile de asistenţă medicală primară poate cuprinde una sau mai multe din următoarele forme de plată:
22. tarif pe persoana asigurată
23. tarif pe serviciu medical
24. tarif pe caz rezolvat
25. tarif pe episod de boală
26. preţ de decontare
27. buget global
28. preţ de referinţă
29. plata prin capitaţie activă
30. plata prin capitaţie pasivă
31. sumă de închiriere
32. bonusuri
33. salariu
34. alte forme prevăzute de reglementările în vigoare

***Cap. 4***  ***Rolul şi obligaţiile asistenţei medicale primare în sistemul de sănătate***

Obligaţiile personalului furnizorilor de servicii de asistenta medicala primara se reglementează după cum urmează:

1. obligaţiile de etică şi deontologie profesională – prin actele normative şi codurile de deontologie profesională care guvernează exercitarea profesiilor reglementate;
2. obligaţiile privind sănătatea publică – conform reglementărilor legale în vigoare şi dispoziţiilor autorităţilor de sănătate publică;
3. obligaţiile faţă de sistemul asigurărilor sociale de sănătate – prin contractul-cadru, normele de aplicare şi contractele cu asiguratorii de sanatate;
4. obligaţiile privind relaţiile de muncă – prin contractele individuale/colective de muncă ale angajaţilor, precum şi prin alte prevederi legale speciale;
5. obligaţiile faţă de pacienţi – prin îndeplinirea prevederilor specifice din actele normative prevăzute la lit. a) şi c), precum şi din legislaţia privind drepturile pacientului;
6. obligaţiile privind managementul evidenţei medicale primare şi a informaţiei medicale gestionate – prin reglementările legale în vigoare;
7. obligaţiile privind protecţia mediului şi gestionarea deşeurilor rezultate din activitatea medicală – prin reglementările legale în vigoare;
8. obligaţia de educaţie/formare continuă şi de dezvoltare profesională a resurselor umane din asistenţa medicală primară – prin reglementările legale în vigoare.

***Cap. 5*** ***Dispoziţii finale***

În termen de 30 de zile de la publicarea prezentei legi, Ministerul Sănătăţii va elabora norme metodologice de aplicare a prezentului titlu, aprobate prin hotărâre a guvernului.

**TITLUL V SPITALELE**

**CAP. 1 Dispoziţii generale**

1. Spitalul este unitatea medicala cu paturi, cu personalitate juridică, de utilitate publică, ce furnizează servicii medicale.
2. Spitalul poate fi public, privat şi public cu structuri în care se desfăşoară activitate privată.
3. Spitalele au ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale preventive, curative, de recuperare şi/sau paleative în regim de spitalizare continua, spitalizare de zi, ambulator și îngrijiri la domicliu, în relație contractuală cu asiguratori publici și  privați sau cu plată directă, la cererea pacienților în conformitate cu clasificarea în funcţie de competenţe, stabilită prin ordin al ministrului sănătăţii
4. Activităţile organizatorice şi funcţionale cu caracter medico-sanitar din spitalele publice și private sunt reglementate şi supuse controlului Ministerului Sănătăţii, iar în spitalele din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, controlul este efectuat de Ministerul Sănătăţii şi de structurile specializate ale acestora. Normele de efectuare a controlului organzatoric și funcțional se vor aproba prin hotărâre de Guvern.
5. Spitalul poate furniza servicii medicale numai dacă funcţionează în condiţiile autorizaţiei sanitare de funcţionare. In lipsa acesteia, activitatea spitalelor se suspendă, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
6. În spital se pot desfăşura şi activităţi de învăţământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar şi postuniversitar, precum şi activităţi de cercetare ştiinţifică medicală.
7. Colaborarea dintre spitale şi instituţiile de învăţământ superior medical, respectiv unităţile de învăţământ medical, se desfăşoară pe bază de contract, încheiat conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei şi cercetării.
8. Cercetarea ştiinţifică medicală, inclusiv studiile clinice se efectuează exclusiv pe bază de contract de cercetare, încheiat între spital şi finanţatorul cercetării cu avizul conform al Ministerului Sănătăţii, conform prevederilor legale în vigoare.
9. În spitale se pot desfăşura activităţi de educaţie medicală continua pentru medici, asistenţi medicali şi alt personal. Costurile acestor activităţi sunt suportate de personalul beneficiar. Spitalul poate suporta astfel de costuri, în condiţiile alocărilor bugetare.
10. Promovarea produselor medico-farmaceutice in spital se face conform metodologiei stabilite prin ordin de ministru.
11. Spitalul asigură condiţii de investigaţii medicale si tratament conform nivelului de competenta stabilit pe baza criteriilor aprobate de Ministerul Sanatatii
12. Spitalul asigură condiţii de cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
13. Spitalul răspunde, în condiţiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condiţiilor de cazare, igienă, alimentaţie şi de prevenire a infecţiilor nosocomiale.

Pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătăţii, Ministerul Sănătăţii propune, evaluează periodic nevoia de servicii medicale spitalicești și propune o dată la 3 ani, Planul naţional de paturi din sistemul de asigurari obligatorii de sănătate care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, incluzând toate categoriile de spitale.

1. Toate spitalele au obligaţia de a acorda primul ajutor medical de urgenţă, la nivelul competenţei personalului prezent, oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătăţii persoanei este critică sau cu potenţial de agravare, până la predarea acesteia către un echipaj medical de urgenţă.
2. Spitalul răspunde solicitării autorităţilor pentru asigurarea asistenţei medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale, accidente colective şi alte situaţii de criză conform legislaţiei în vigoare.

***CAP. 2 Organizarea şi funcţionarea spitalelor***

1. Spitalele se organizează şi funcţionează, în funcţie de regimul proprietăţii, în:
	1. spitale publice, organizate ca instituţii publice sau fundații, aflate în administrarea Ministerului Sănătăţii, a ministerelor cu rețea sanitară proprie, a universităților de medicină și farmacie și a autorităților publice locale ;
	2. spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat;
	3. spitale publice cu structuri în care se defăşoară activitate privată.
2. Administratorul spitalului public poate decide schimbarea statutului organizatoric al spitalului intr-una din cele două forme de la alin. 1, cu avizul Ministerului Sanatatii
3. Din punct de vedere al învăţământului şi al cercetării ştiinţifice medicale, spitalele pot fi:
4. Institute - spitale cu caracter regional, monoprofil, care acordă asistență medicală completă pentru cazurile complexe, cu incidență scăzută, care necesită o experiență profesională crescută. Spitalul dispune de dotări tehnice de înaltă performanță, desfășoară activitate de învățământ universitar și post universitar, și activitate de cercetare fundamentală și clinică cu personal dedicat
5. spitale universitare - spitale care au ca administrator o universitate de învătământ medico farmaceutic acreditată şi desfăşoară activitate de învăţământ, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie continuă.
6. spitale clinice - spitale care au în componenţă structuri clinice care asigură asistenţă medicală, desfăşoară activitate de învăţământ, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie continuă, având relaţii contractuale cu o instituţie de învăţământ medical superior acreditată. Pentru activitatea medicală, diagnostică şi terapeutică, personalul didactic este în subordinea administraţiei spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă
7. structurile clinice - structurile de spital în care se desfăşoară activităţi de asistenţă medicală, învăţământ medical, cercetare ştiinţifică-medicală şi de educaţie medicală continuă (EMC). În aceste structuri este încadrat cel puţin un cadru didactic universitar, prin integrare clinică. Pentru activitatea medicală, diagnostică şi terapeutică, personalul didactic este în subordinea administraţiei spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă;
8. În funcţie de competenţe, spitalele pot fi clasificate pe categorii. Criteriile în funcţie de care se face clasificarea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.

Spitalele publice organizate ca fundaţii, în conformitate cu prevederile Ordonanţei Guvernului nr. 26/2000, cu modificările şi completările ulterioare sunt persoane juridice de drept privat fără scop patrimonial, de utilitate publica.

1. Spitalele publice organizate ca instituţii publice sunt administrate şi conduse de către un consiliu de administraţie, un comitet director condus de un manager.
2. Modalităţile de înfiinţare, organizare şi conducere a spitalelor se stabilesc prin Normele metodologice la prezenta lege, aprobate prin hotarare de guvern

Prin derogare de la prevederile Ordonanţei Guvernului nr. 26/2000 pentru spitalele care sunt organizate sub formă de fundaţii de către autorităţi sau instituţii publice:

1. recunoaşterea caracterului de utilitate publică se dobândeşte de la data înfiinţării şi înscrierii în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor.

      b)   se aplică prevederile alin. (1) şi (2) de la Art. 7

1. Indiferent de forma de organizare a spitalelor, acestea trebuie să respecte integral reglementările referitoare la acordarea de servicii medicale, precum şi pe cele referitoare la clasificarea, autorizarea şi acreditarea spitalelor.
2. În funcţie de competenţe, spitalele sunt clasificate pe categorii. Criteriile în funcţie de care se face clasificarea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.
3. Pentru asigurarea continuitatii si complementaritatii serviciilor medicale spitalele pot să incheie acorduri cu alţi furnizori de servicii, care sa asigure finalizarea cazului, în cadrul unor reţele funcţionale de asistenţă medicală,  aşa cum sunt acestea definite prin normele de aplicare ale prezentei legi.
4. Autorizaţia sanitară de funcţionare se emite în condiţiile stabilite prin normele aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi dă dreptul spitalului să funcţioneze. După obţinerea autorizaţiei sanitare de funcţionare, spitalul intră în procedura de acreditare. Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de 5 ani. Neobţinerea acreditării până la data de 31 decembrie 2015 conduce la imposibilitatea  contractării din sistemul asigurarilor de sănătate al spitalului în cauză.
5. Acreditarea spitalului atestă conformitatea cu standardele adoptate la nivel național prin organismul de acreditare având următoarele obiective:
	1. sa ofere siguranta populatiei în legatura cu serviciile acreditate  ;
	2. sa ofere informatii corecte despre performanța serviciilor oferite populației și tuturor parților interesate;
	3. să stimuleze și să motiveze spitalele și pe practicieni în activitatea lor îndreptată spre    satisfactia populației printr-o înaltă calitate a serviciilor lor.
6. Acreditarea se acordă de către Agenţia Naţională pentru Calitate şi Informaţie în Sănătate (ANCIS), care are în structura sa Comisia Naţională de Acreditare a Spitalelor.
7. Lista cu unităţile spitaliceşti acreditate şi categoria acreditării se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.
8. Acreditarea este valabilă 5 ani. Înainte de expirarea termenului, spitalul solicită evaluarea în vederea reacreditării.
9. Reevaluarea unui spital se poate face şi la solicitarea Ministerului Sănătăţii, a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum si a asiguratorului de sănătate. Taxele legate de reevaluare sunt suportate de solicitant.
10. Dacă în urma evaluării se constată că nu mai sunt îndeplinite standardele de acreditare, ANCIS acordă un termen pentru conformare sau retrage acreditarea pentru categoria solicitată.

***CAP. 3 Finanţarea spitalelor***

1. Spitalele publice sunt finanţate integral din venituri proprii şi funcţionează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin:
	1. Din contractele de servicii medicale încheiate cu asiguratorii publici sau privaţi
	2. Din plata directă a serviciilor medicale oferite la cerere
	3. De la bugetul de stat prin Ministerul Sănătăţii pentru
		1. desfăşurarea activităţilor cuprinse în programele naţionale de sănătate
		2. investiţii
	4. De la bugetele administraţiei publice teritoriale
	5. Din din fonduri europene nerambursabile
	6. Din contracte de închiriere ale unor spaţii medicale, aparatură şi echipamente către alţi furnizori de servicii medicale
	7. Donaţii , sponsorizări, contracte de cercetare, coplată pentru servicii medicale, contracte de cercetare.
	8. Servicii medicale, hoteliere, sau de altă natură furnizate la cerere.
	9. Legate
	10. Împrumuturi interne sau externe în vederea finanţării investiţiilor
	11. Asocieri investiţionale în domenii medicale ori de cercetare medicală şi farmaceutică
	12. Editarea şi furnizarea unor publicaţii cu caracter medical
	13. Alte surse conform legislaţiei în vigoare
2. Spitalele organizate ca fundaţii funcţionează în condiţiile prevăzute de OG 26/2000, cu modificările şi completările ulterioare şi de prezenta lege, activitatea lor fiind non-profit.
3. Pentru spitalele publice  bugetele locale participă la finantarea unor cheltuieli de administrare si functionare,respectiv bunuri si servicii,investitii,reparatii capitale, consolidare,extindere si modernizare, dotari cu echipamente medicale, inclusiv cheltuieli pentru servicii medicale in vederea bunei desfasurari a actului medical, a unitatilor sanitare publice de interes judetean sau local, in limita creditelor bugetare aprobate cu aeasta destinatie in bugetele locale.
4. Indiferent de forma de organizare, spitalele pot să încheie contracte de furnizare de servicii medicale în sistemul asigurărilor  de sănătate, cu condiţia încadrării Planului naţional de paturi, elaborate de către Ministerul Sănătăţii, precum şi a condiţiilor de contractare stabilite prin Contractul Cadru.
5. In vederea derulării programelor naţionale de sănătate şi desfăşurării unor activităţi specifice, spitalele pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu asiguratorii de sănătate, precum şi cu direcţiile de sănătate publică în conformitate cu structura organizatorică a acestora.

Spitalele private pot încheia contract de furnizare de servicii medicale în aceleaşi condiții cu spitalele publice

1. Spitalele, indiferent de forma de organizare, care realizează venituri din contracte de furnizare de servicii medicale în sistemul asigurărilor  de sănătate, au obligaţia organizării unui audit financiar extern anual.
2. Bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalelor, execuţia bugetară, raportul anual de audit raportul anual de activitate se publică pe site-ul unităţii medicale sau al autorităţii ierarhice direct superioare.
3.

(1) Spitalele publice din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale pot primi sume de la bugetul de stat şi din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, care se alocă prin transfer către autorităţile administraţiei publice locale, pentru:

    a) finalizarea obiectivelor de investiţii noi, de investiţii în continuare, nominalizate în listele programului de investiţii, anexă la bugetul Ministerului Sănătăţii din legea bugetului de stat, aflate în derulare la nivelul spitalelor,

    b) dotarea cu aparatură medicală, în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă la achiziţionarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora;

    c) reparaţii capitale la spitale, în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 3% din valoarea acestora;

    d) finanţarea obiectivelor de modernizare, transformare şi extindere a construcţiilor existente, precum şi expertizarea, proiectarea şi consolidarea clădirilor în condiţiile în care autorităţile administraţiei publice locale participă la achiziţionarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora.

    (2) Sumele alocate din bugetul Ministerului Sănătăţii şi din bugetul autorităţilor administraţiei publice locale prevăzute la alin. (1) lit. b), c) şi d), criteriile de alocare, precum şi lista spitalelor publice beneficiare se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătăţii, în termen de 60 de zile de la data publicării legii bugetului de stat.

    (3) Ordinul prevăzut la alin. (2) se aprobă ca urmare a propunerii făcute de o comisie de analiză a solicitărilor depuse la Ministerul Sănătăţii.

Controlul asupra activităţii financiare a spitalului public se face, în condiţiile legii, de Curtea de Conturi, Ministerul Sănătăţii, de ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie sau de alte institutii abilitate prin lege.

Decontarea contravalorii serviciilor medicale contractate in sistemul de asigurari de sănătate se face conform contractului de furnizare de servicii medicale, pe bază de documente justificative, în funcţie de realizarea acestora, cu respectarea prevederilor privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor  de sănătate.

1. Normativele de personal prevazute in reglementarile in vigoare reprezinta baza minima de incadrare pentru furnizarea serviciilor medicale indiferent de forma de organizare a spitalelor.
2. În situaţia în care spitalul organizat ca instituţie publică nu are personal propriu angajat suficient, pentru acordarea asistenţei medicale corespunzătoare structurii organizatorice aprobate în condiţiile legii, poate încheia contracte de prestări servicii pentru asigurarea acestora.

***CAP. 4 Dispoziţii tranzitorii şi finale***

1. Spitalul, indiferent de forma de organizare, are obligaţia să înregistreze, să stocheze, să prelucreze şi să transmită informaţiile legate de activitatea sa, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.
2. Raportările se fac către Ministerul Sănătăţii, serviciile publice deconcentrate cu personalitate juridică ale Ministerului Sănătăţii, ANCIS şi, după caz, către ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel naţional, în vederea fundamentării deciziilor de politică de sănătate, precum şi pentru raportarea datelor către organismele internaţionale.
3. Spitalele au obligatia sa raporteze catre CNAS si asiguratori toate datele mentionate in contracte, conform metodologiei aprobate de CNAS
4. Documentaţia primară, ca sursă a acestor date, se păstrează, securizată şi asigurată sub formă de document scris şi electronic, constituind arhiva spitalului, conform reglementărilor legale în vigoare.
5. Informaţiile prevăzute la alin. (1), care constituie secrete de stat şi de serviciu, vor fi accesate şi gestionate conform standardelor naţionale de protecţie a informaţiilor clasificate.
6. Imobilele din domeniul public al statului sau al unor unităţi administrativ-teritoriale, aflate în administrarea unor spitale publice, care se reorganizează şi devin disponibile, precum şi aparatura medicală pot fi, în condiţiile legii, închiriate sau concesionate, după caz, unor persoane fizice ori juridice, în scopul organizării şi funcţionării unor furnizori de servicii medicale sau pentru alte forme de asistenţă medicală ori socială, în condiţiile legii.
7. Sumele obţinute în condiţiile legii din închirierea bunurilor constituie venituri proprii ale spitalului şi se utilizează pentru cheltuieli curente şi de capital, în conformitate cu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat.

**TITLUL X SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE**

***Cap.1 Dispoziţii generale***

1. Art. 2

(1) Asigurările obligatorii de sănătate reprezintă mecanismul principal de finanţare a serviciilor de sănătate prin care se asigură, în mod coordonat, accesul asiguraţilor la diferite tipuri de pachete de servicii, decontate din Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate, denumit in continuare FOND.

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

a) protejarea asiguraţilor faţă de riscul de îmbolnăvire şi accidentare şi de efortul financiar indus de acestea;

b) asigurarea protecţiei universale, echitabile şi nediscriminatorii a asiguraţilor.

(3) Asigurările obligatorii de sănătate funcţionează ca un sistem unitar la nivel naţional, pe baza următoarelor principii:

a) solidaritate şi subsidiaritate în constituirea şi utilizarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate;

b) alegerea liberă şi informată de către asiguraţi atât a asigurătorului, cât şi a furnizorilor certificaţi / acreditaţi de servicii de sănătate, de medicamente şi de dispozitive medicale, numiţi în continuare FURNIZORI, în condiţiile prezentei legi, ale legislaţiei secundare aferente şi ale contractelor dintre asigurat şi asigurător;

c) libera concurenţă atât între asigurătorii de sănătate, cât şi între furnizorii care încheie contracte cu aceştia, în condiţiile legii;

d) autonomie în conducerea şi în administrarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate;

e) participarea bugetului de stat la plata contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate pentru categoriile protejate sau/şi scutite prin legi speciale de la plata contribuţiei pentru asigurările obligatorii de sănătate;

f) transparenţa activităţii şi finanţării sistemului de asigurări obligatorii de sănătate;

g) obligativitatea plăţii, directe sau indirecte a contribuţiei la Fond pentru toţi cetăţenii;

h) promovarea evaluării tehnologiilor medicale şi a medicinei bazate pe dovezi ştiinţifice, în scopul asigurării unei utilizări cost-eficace a Fondului;

(4) Pot funcţiona şi forme voluntare de asigurare a sănătăţii, alături de asigurările obligatorii. Participarea la o asigurare voluntară de sănătate nu exonerează persoana de obligaţia de a plăti contribuţia la sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate.

1. Art. 3

(1) În înţelesul prezentei legi, termenii şi noţiunile folosite au următoarele semnificaţii:

a) servicii medicale – servicii de sănătate specific nominalizate în pachetele de servicii, furnizate de către persoanele fizice şi juridice, potrivit prevederilor prezentului titlu şi legislaţiei secundare;

b) pachetul minimal de servicii de sănătate - se acordă persoanelor care nu fac dovada calităţii de asigurat şi cuprinde servicii de sănătate numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale şi al bolilor cu potenţial endemo-epidemic stabilite prin acordul-cadru, denumit în continuare PMSS;

c) pachetul de servicii de sănătate de bază - se acordă persoanelor asigurate şi cuprinde serviciile de sănătate, profilactice şi curative, de îngrijire a sănătăţii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi alte servicii la care au dreptul asiguraţii şi se suportă din fond, în condiţiile prevăzute de acordul-cadru, denumit în continuare PSSB;

d) pachetul social de servicii de sănătate – se acordă, împreună cu pachetul de servicii de sănătate de bază, asiguraţilor cu venituri mici şi persoanelor asistate social, pentru servicii de sănătate considerate esenţiale şi care vor fi precizate în acordul-cadru şi decontate de la bugetul de stat, denumit în continuare PSSS;

e) pachetul special - se acordă asiguraţilor pentru acoperirea costurilor bolilor cu prevalenţă scazută şi impact financiar ridicat, estimat pe baza studiilor de evaluare a tehnologiilor medicale, denumit în continuare PS;

f) pachetul voluntar – se acordă asiguraţilor care încheie un contract de asigurare voluntară pentru servicii de sănătate suplimentare şi complementare, denumit în continuare PV;

g) furnizorii – persoane fizice sau juridice autorizate de către Ministerul Sănătăţii pentru a furniza servicii de sănătate, medicamente, dispozitive medicale şi alte servicii de sănătate în condiţiile legii, eligibili pentru încheierea de contractate cu asigurătorii;

h) asigurător de sănătate, asigurător – persoana juridică română autonomă, de drept public sau privat, constituite ca societãþi pe acþiuni, societãþi mutuale şi/sau instituţii publice, sucursala unei societăţi de asigurare sau a unei societăţi mutuale dintr-un stat terţ, precum şi sucursala unei societăţi de asigurare sau a unei societăţi mutuale dintr-un stat membru UE, care a primit o autorizaþie de la autoritatea competentã a statului membru de origine, autorizate în condiţiile legii să exercite activităţi specifice de asigurări de sănătate;

i) societate mutualã de asigurãri - persoană juridică civilă ai cărei asociaţi sunt deopotrivă asiguraţi şi asigurători;

j) asiguraţi – cetăţenii români, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au drept de lungă şedere sau au domiciliul în România, care fac dovada plăţii contribuţiei la Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate;

k) coasiguraţii - soţul, soţia sau părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate;

l) autorizarea – reprezintă procesul şi decizia în urma căreia instituţia în drept emite un certificat care permite furnizorului de servicii de sănătate să-şi exercite activitatea de specialitate în România, în urma efectuării controlului din punct de vedere al calificării şi al respectării prevederilor legislaţiei în vigoare din domeniu;

m) evaluarea serviciilor de sănătate – procedură externă de verificare a unui furnizor de servicii de sănătate cu privire la conformitatea cu standardele şi condiţiile prealabil stabilite pentru contractarea şi realizarea serviciilor de sănătate, conform prevederilor acordului cadru;

n) contractare CNAS - asigurător de sănătate – procesul prin care se reglementează relaţiile dintre CNAS şi asigurătorii de sănătate, în vederea alocării sumelor pentru asiguraţii din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate şi definirii condiţiilor acordării serviciilor de sănătate din pachetul de bază;

o) contractarea dintre asigurător de sănătate şi furnizor – constituie procesul prin care se negociază, se agreează şi se reglementează relaţiile dintre asigurătorii de sănătate şi furnizorii de servicii de sănătate, în vederea furnizării de servicii de sănătate asiguraţilor

p) Acordul - cadru – reprezintă cadrul de reglementare a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate;

q) contractantul asigurării – persoana fizică sau juridică ce încheie o asigurare de sănătate cu un asigurător de sănătate public sau privat, în numele şi în beneficiul asiguratului. Contractantul asigurării poate fi identic cu asiguratul în cazul persoanelor fizice;

r) asigurarea obligatorie de sănătate – asigurare încheiată în mod obligatoriu între un asigurător de sănătate şi contractantul asigurării în beneficiul persoanei care face obiectul asigurării obligatorii, cu respectarea prezentei legi şi a celorlalte reglementări aplicabile;

s) asigurare voluntară de sănătate – asigurare de sănătate încheiată de către un asigurător cu asiguratul pentru care are încheiată şi asigurare obligatorie de sănătate, având acelaşi statut fiscal de deductibilitate pentru angajat si angajator ca şi asigurarea obligatorie de sănătate;

t) asigurare facultativă de sănătate – reprezintă asigurarea obligatorie de sănătate încheiată cu contractantul asigurării care nu are obligaţia de a se asigura, conform prezentei legi;

u) coplata - reprezintă plata a unei contribuţii a asiguratului pentru a putea beneficia de serviciile de sănătate din pachetul de servicii de sănătate de bază din cadrul sistemului naţional de asigurări obligatorii de sănătate, încasată suplimentar de către furnizor faţă de suma decontată din fond. Coplata poate fi acoperită printr-o asigurare voluntară;

v) tichetul moderator pentru sănătate reprezintă documentul justificativ prin care se face dovada coplăţii serviciilor de sănătate, respectiv un formular cu regim special, ale cărui model şi utilizare se aprobă prin ordin comun al Ministrului Sănătăţii şi al preşedintelui CNAS;

w) tariful de referinţă - tariful utilizat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate pentru plata unor servicii de sănătate, potrivit politicii de preţuri a Ministerului Sănătăţii;

x) dispozitiv medical - orice instrument, aparat, echipament, software, material sau alt articol, utilizate separat sau în combinaţie, inclusiv software-ul destinat de către producătorul acestuia a fi utilizat în mod specific pentru diagnosticare şi/sau în scop terapeutic şi necesar funcţionării corespunzătoare a dispozitivului medical, destinat de către producător a fi folosit pentru om în scop de:

 a) diagnosticare, prevenire, monitorizare, tratament sau ameliorare a unei afecţiuni;

 b) diagnosticare, monitorizare, tratament, ameliorare sau compensare a unei leziuni sau a unui handicap;

 c) investigare, înlocuire sau modificare a anatomiei sau a unui proces fiziologic;

 d) control al concepţiei,

şi care nu îşi îndeplineşte acţiunea principală pentru care a fost destinat în organismul uman sau asupra acestuia prin mijloace farmacologice, imunologice sau metabolice, dar a cărui funcţionare poate fi asistată prin astfel de mijloace;

 Accesoriu - un articol care, deşi nu este un dispozitiv, este destinat în mod special de către producător să fie utilizat împreună cu un dispozitiv, pentru a permite utilizarea acestuia în conformitate cu scopul propus dat de producător respectivului dispozitiv;

y) preţul de decontare - preţul suportat din Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea care se acordă bolnavilor. Lista acestora şi preţul de decontare se aprobă prin ordin comun al presedintelui CNAS si al Ministrului Sănătăţii.

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

***Cap.2 Constituirea şi utilizarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate***

**SECŢIUNEA 1 Constituirea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate**

1. Art. 4

(1) Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate este un fond special care se constituie şi se utilizează potrivit prezentei legi, fiind gestionat în mod autonom şi transparent de către CNAS.

(2) Constituirea fondului se face din contribuţia pentru asigurări obligatorii de sănătate, denumită în continuare contribuţie, suportată după caz, de către asiguraţi în mod direct sau prin angajator, respectiv de persoanele fizice şi juridice care angajează personal salariat, din subvenţii si transferuri de la bugetul de stat pentru persoanele care nu-şi pot plăti contribuţiile sau sunt scutite conform unor legi speciale, din alte surse stabilite prin prezenta lege pentru diferite categorii de persoane asigurate, precum şi din alte surse – donaţii, sponsorizări, dobânzi şi alte venituri, potrivit legii.

(3) Constribuţiile la asigurările obligatorii de sănătate se stabilesc astfel:

(I) Contribuţia lunară a persoanei asigurate se stabileşte sub forma unei cote de 5,5%, care se aplică asupra:

a) veniturilor din salarii sau asimilate salariilor, precum şi orice alte venituri realizate din desfăşurarea unei activităţi dependente. Dacă acest venit este singurul asupra căruia se calculează contribuţia, aceasta nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu minim pe economie, lunar;

 b) veniturilor impozabile realizate de persoane care desfăşoară activităţi independente care se supun impozitului pe venit. Dacă acest venit este singurul asupra căruia se calculează contribuţia, aceasta nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu minim pe economie, lunar;

 c) veniturilor din agricultură supuse impozitului pe venit şi veniturilor din silvicultură, pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator şi nu se încadrează la lit. b). În cazul persoanelor care realizează astfel de venituri sub nivelul salariului de bază minim brut pe ţară, dacă acest venit este singurul asupra căruia se calculează contribuţia şi care nu fac parte din familiile beneficiare de ajutor social, contribuţia datorată nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu minim pe economie, lunar;

 d) indemnizaţiilor de şomaj. În cazul persoanelor care realizează astfel de venituri sub nivelul salariului de bază minim brut pe ţară, dacă acest venit este singurul asupra căruia se calculează contribuţia şi care nu fac parte din familiile beneficiare de ajutor social, contribuţia datorată nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu minim pe economie, lunar;

 e) veniturilor din pensiile care depăşesc pragul de 740 de lei;

 f) veniturilor din cedarea folosinţei bunurilor, veniturilor din dividende şi dobânzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuală realizate în mod individual şi/sau într-o formă de asociere şi altor venituri care se supun impozitului pe venit, numai în cazul în care nu realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a) - e), dar nu mai puţin de un salariu de bază minim brut pe ţară, lunar.

 (II) Persoanele juridice sau fizice care au calitatea de angajator au obligaţia să calculeze şi să vireze la fondul asigurărilor obligatorii de sănătate o cotă de 5,2% aplicată la fondul de salarii, datorată pentru asigurarea sănătăţii personalului din unitatea respectivă.

 (III) 5,5% pentru celelalte categorii de persoane care au obligaţia plăţii contribuţiei şi pentru care plata se face din alte surse. Contribuţia datorată astfel nu poate fi mai mică decât cea calculată la un salariu minim pe economie, lunar

(4) Pentru afecţiunile cu prevalenţă scăzută şi risc vital al căror cost nu se încadrează în culoarul de risc calculat pentru afecţiunile cu prevalenţă crescută, se pot constitui fonduri dedicate, printr-o contribuţie suplimentară şi/sau prin susţinerea de la bugetul de stat a unei părţi din necesarul cheltuielilor. Fondul dedicat devine activ după o perioada de cotizare, moment în care serviciile pentru boala/bolile respective nu vor mai face parte din PSSB, constituindu-se un pachet de servicii de sănătate speciale numit în continuare PS.

(5) Sursele şi modalităţile de plată a contribuţiei pentru categoriile de asiguraţi prevăzuţi la alin. (3) lit. d) se vor stabili prin hotărâre a Guvernului. CNAS va colabora cu instituțiile competente pentru evidenţa actualizată a acestor cetăţeni şi colectarea la timp a contribuţiilor la asigurările obligatorii de sănătate pentru aceştia.

(6) Colectarea contribuţiilor se face de către Ministerul Finanţelor Publice, prin intermediul ANAF, în contul unic deschis pe seama CNAS, în condiţiile legii. Ministerul Finanţelor Publice informează lunar CNAS cu privire la contul curent şi despre:

- soldul final al fiecărei luni;

- toate mutaţiile zilnice sau tranzacţiile care au avut loc în contul curent în luna respectivă.

(7) Ministerul Finanţelor Publice nu percepe nici un cost cu privire la gestionarea contului curent al CNAS şi stabileşte de comun acord cu CNAS regulile cu privire la dobânda ce trebuie plătită, respectiv primită, pentru soldurile contului curent.

(8) Ministerul Finanţelor Publice nu este implicat în gestionarea şi utilizarea fondului. Structura bugetului de venituri şi cheltuieli a sistemului de asigurări este propusă de CNAS avizată conform de MS şi este aprobată de Parlament. ANAF virează lunar în contul CNAS sumele necesare în vederea acoperirii obligaţiilor financiare ale CNAS rezultate în urma contractelor încheiate de către aceasta cu asigurătorii de sănătate autorizaţi.

(9) În situaţii justificate, pentru acoperirea deficitului bugetului Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate, după epuizarea fondului de rezervă, veniturile bugetului fondului se completează cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

(10) Contribuţia pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări obligatorii de sănătate, destinată exclusiv finanţării cheltuielilor cu plata acestor drepturi, de 0,85%, precum şi plata concediilor şi indemnizaţiilorse administrează de către bugetul CNAS în condiţiile legii, metodologia stabilindu-se prin hotărâre de guvern.

**SECŢIUNEA 2 Utilizarea şi administrarea Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate**

1. Art. 5

(1) Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate este gestionat si se repartizează de către CNAS asigurătorilor de sănătate pentru utilizare în funcţie de riscul de boală al colectivităţii asigurate la fiecare asigurător, calculat pe baza unei metodologii şi a criteriilor aprobate prin Hotărâre a guvernului.

(2) Formula de repartizare a fondurilor (echilibrarea ex-ante) va fi stabilită prin acordul-cadru pe baza riscului de boală a populaţiei înscrise la un asigurător, estimat în funcţie de factorii determinanţi ai stării de sănătate (mediul de rezidenţă, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) şi profilul de morbiditate al asiguraţilor.

(3) Sumele colectate în contul Fondului naţional de asigurări obligatorii de sănătate se utilizează astfel:

a) o cotă de 93% se distribuie direct asigurătorilor de sănătate, conform contractelor încheiate cu CNAS, pentru plata serviciilor de sănătate inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaţionale cu parteneri în domeniul sănătăţii la care România este parte, în condiţiile stabilite prin acordul-cadru, de către asigurătorii de sănătate;

b) o cotă de 1% se distribuie pentru cheltuielile de administrare, funcţionare şi de capital ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

c) o cotă de 6% rămâne în contul CNAS, din care: 1% se utilizează pentru constituirea Fondului de rezervă, iar 5% pentru echilibrarea ex-post a riscurilor între asigurători de sănătate autorizaţi,cu care CNAS este în relaţii contractuale.

d) Pentru realizarea procesului de evaluare a furnizorilor de servicii de sănătate, de dispozitive medicale şi medicamente, aceştia au obligaţia plăţii unei taxe de evaluare al cărei cuantum se aprobă prin ordin al preşedintelui CNAS. Veniturile obţinute în urma activităţii de evaluare se constituie venituri proprii la nivelul CNAS, iar finanţarea activităţii desfăşurate în vederea evaluării se suportă şi din veniturile astfel obţinute

(4) Criteriile de alocare a fondului de echilibrare a riscurilor se elaborează de către CNAS şi se aprobă prin ordin comun al preşedintelui CNAS şi al Ministrului Sănătăţii.

(5) CNAS, precum şi asigurătorii de sănătate nu pot utiliza direct sume din fondul de asigurări obligatorii de sănătate pentru:

a) investiţii pentru construirea, consolidarea şi reabilitarea de unităţi medicale;

b) achiziţionarea de aparatură medicală;

(6) Cheltuielile prevăzute la alin. (5) se pot suporta din bugetul propriu al CNAS, respectiv al asigurătorilor de sănătate.

(7) Bugetul fondului se aprobă de către Parlament, la propunerea Guvernului.

1. Art. 6

(1) Sumele rămase neutilizate la nivelul CNAS la sfârşitul fiecărui an se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie. Fondul de rezervă rămas neutilizat la finele anului se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie.

(2) Utilizarea fondului de rezervă se stabileşte prin hotărâri ale guvernului.

(3) Disponibilităţile temporare ale fondului, precum şi disponibilităţile fondului de rezervă se păstrează la trezoreria statului şi sunt purtătoare de dobândă.

(4) Din disponibilităţile fondului de rezervă şi din excedentele înregistrate de fond din anii precedenţi pot fi constituite depozite la termen la trezoreria statului, în condiţiile stabilite prin convenţie încheiată între CNAS şi Ministerul Finanţelor Publice.

***Cap. 3 Organizarea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate***

1. Art. 7

(1) Structura sistemului de asigurări obligatorii de sănătate cuprinde: Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, denumita în continuare CNAS, asigurătorii de sănătate în contract cu CNAS, furnizori şi asiguraţi, conform legii.

(2) Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate este reglementat, monitorizat şi supravegheat de către CNAS, în colaborare cu Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, denumită în continuare CSA, în cadrul Consiliului de Administraţie al CNAS.

**SECTIUNEA 1 Rolul şi atribuţiile CNAS**

1. Art. 8

 Casa Naţională de Asigurări de Sănătate instituţie publică autonomă de interes naţional, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administraţiei publice centrale, care reglementează, supraveghează şi controlează sistemul de asigurări obligatorii de sănătate în vederea aplicării politicilor şi programelor Guvernului în domeniul sănătăţii şi are sediul în municipiul Bucureşti, Calea Călăraşilor nr. 248, sectorul 3.

 CNAS asigură funcţionarea unitară şi coordonată a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate din România, pe baza statutului propriu aprobat prin hotărâre a guvernului.

În domeniul asigurărilor obligatorii de sănătate, CNAS îşi coordonează acţiunile cu Ministerul Sănătăţii pentru aplicarea politicilor şi programelor Guvernului.

1. Art. 9 CNAS poate organiza sucursale teritoriale pentru realizarea atribuţiilor prevăzute de prezenta lege. Condiţiile pentru înfiinţarea şi organizarea acestor sucursale se aprobă prin ordin al preşedintelui CNAS.
2. Art. 10 CNAS propune proiecte de acte normative pentru asigurarea funcţionării sistemului de asigurări obligatorii de sănătate, potrivit dispoziţiilor legale în vigoare, cu avizul conform al Ministerului Sănătăţii.

(1) Pentru proiectele de acte normative elaborate de ministere şi de celelalte organe de specialitate ale administraţiei publice centrale care au incidenţă asupra Fondului naţional unic de asigurări obligatorii de sănătate, este obligatorie obţinerea avizului conform al CNAS

1. Art. 11

(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuţii principale:

a) elaborează politicile legate de asigurările obligatorii de sănătate în concordanţă cu politicile generale şi specifice în domeniul sănătăţii elaborate de către Ministerul Sănătăţii;

b) reglementează, administrează, monitorizează şi controlează sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;

c) elaborează şi actualizează Registrul unic de evidenţă a asiguraţilor;

d) elaborează şi actualizează Registrul de evidenţă a asigurătorilor eligibili cu care intră în relaţii contractuale, informând cetăţenii în legătură cu aceştia;

e) asigură informarea şi îndrumarea metodologică a asigurătorilor de sănătate şi controlează aplicarea legislaţiei în domeniu;

f) administrează şi gestionează Fondul naţional de asigurări obligatorii de sănătate;

g) asigură organizarea, gestionarea şi dezvoltarea sistemului informatic şi informaţional unic integrat din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;

h) iniţiază, negociază şi încheie cu instituţii similare acorduri şi documente de cooperare internaţională în domeniul său de activitate;

i) îndeplineşte funcţia de organism de legătură, care asigură comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

j) elaborează şi prezintă Guvernului un raport anual al activităţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, precum şi alte rapoarte la solicitarea acestuia;

k) negociază şi contractează cu instituţii abilitate de lege colectarea şi prelucrarea datelor privind unele servicii de sănătate furnizate asiguraţilor, inclusiv decontarea pe caz rezolvat DRG, în vederea contractării şi decontării acestora de către asigurătorii de sănătate;

l) verifică îndeplinirea condiţiilor prevăzute de reglementările în vigoare de către asigurătorii de sănătate şi încheie contracte cu cei care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi sunt selectaţi în baza criteriilor de selecţie elaborate de CNAS, cu avizul conform al Ministerului Sănătăţii şi aprobate prin hotărâre a Guvernului;

m) poate realiza venituri din exploatarea patrimoniului propriu, precum şi din alte activităţi desfăşurate potrivit domeniului de competenţă;

n) aprobă metodologia şi modalităţile de gestionare şi de distribuire ale cardului naţional şi european de asigurări de sănătate;

o) elaborează acordul – cadru aprobat prin hotărâre de guvern şi cu aviz conform al Ministerului Sănătăţii, precum şi normele sale de aplicare aprobate prin ordin comun al Ministrului Sănătăţii şi Preşedintelui CNAS, în urma negocierii la nivel naţional cu structurile reprezentative ale asigurătorilor, furnizorilor de servicii de sănătate şi asociaţiilor reprezentative ale asiguraţilor, precum şi cu consultarea organizaţiilor patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical;

p) supraveghează prudenţial activitatea din sistemul asigurărilor de sănătate şi propune măsuri necesare pentru a evita apariţia situaţiilor de monopol;

q) colectează date şi informaţii primare necesare pentru aducerea la îndeplinire a atribuţiilor sale legale, cu asigurarea măsurilor de protecţie a datelor care se referă la subiecţi individuali - persoane juridice sau fizice - date obţinute direct sau indirect, din surse administrative sau din alte surse ;

r) elaborează algoritmul de calcul al mecanismului de egalizare a riscului şi repartizează suma aferentă procentului de 93% din bugetul Fondului, către asigurătorii cu care se află în contract;

s) reglementează condiţiile de negociere şi încheiere a contractelor între asigurătorii de sănătate şi furnizori;

t) alte atribuţii prevăzute de acte normative în domeniul sănătăţii.

(2) Pentru solicitarea de studii, date şi informări care nu sunt legate de drepturile şi obligaţiile asiguratului sau de modul de derulare a relaţiei contractuale de furnizare de servicii dintre asigurătorii de sănătate şi furnizori, CNAS percepe tarife care constituie venituri la fond. Modalitatea de acordare a datelor şi de calcul a acestor tarife se stabilesc prin ordin al preşedintelui CNAS, cu avizul consiliului de administraţie al CNAS

**SECTIUNEA 2 Conducerea CNAS**

1. Art. 12

(1) CNAS este condusă de un preşedinte numit de către Primul Ministru pentru un mandat de 4 ani.

(2) Funcţia de preşedinte al CNAS este asimilată celei de ministru delegat.

(3) Nomenclatorul de funcţii al aparatului propriu, condiţiile de încadrare pe funcţii, de promovare în grad şi de stimulare, precum şi atribuţiile fiecărei funcţii se stabilesc prin Statutul CNAS, cu respectarea reglementărilor privind funcţia publică şi funcţionarii publici şi a reglementărilor privind salarizarea personalului din sectorul bugetar.

(4) Alte structuri de conducere ale CNAS:

a) Consiliul de administraţie, alcătuit din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, Ministerului de Finanţe, Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, Ministerului Muncii şi Protecţiei Sociale, ai asociaţiilor de pacienţi, patronate, sindicate, reprezentanţi ai asigurătorilor publici şi privaţi. Preşedintele CNAS este şi Preşedintele Consiliului de administraţie; atribuţiile Consiliului de administraţie şi structura de organizare a CNAS sunt stabilite pe baza statutului propriu aprobat prin hotărâre a guvernului.

b) Directorul general.

1. Art. 13

(1) Persoanele care fac parte din structurile de conducere ale CNAS trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele condiţii:

a) să fie cetăţeni români şi să aibă domiciliul pe teritoriul României;

b) să aibă calitatea de asigurat;

c) să nu aibă cazier judiciar sau fiscal;

d) să fie absolvenţi de studii superioare, cu experienţă de cel puţin 5 ani în domeniul de specialitate relevant funcţiei;

(2) Membrii consiliului de administraţie au obligaţia de a depune o declaraţie de avere şi o declaraţie de interese cu privire la incompatibilităţile prevăzute de lege, în termen de 15 zile de la numirea în Consiliul de administraţie al CNAS. Declaraţia 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. Declaraţiile se vor afişa pe portalul de internet (website) propriu al CNAS. Modelul declaraţiei de interese se aprobă prin ordin al preşedintelui CNAS.

(3) Pe timpul executării mandatului, preşedintele nu poate exercita nici o altă funcţie sau demnitate publică, cu excepţia funcţiilor didactice din învăţământul superior.

(4) Membrii Consiliului de administraţie al CNAS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariaţi ai CNAS, cu excepţia preşedintelui. Membrii Consiliului de administraţie al CNAS nu pot exercita activităţi la societăţi comerciale sau la alte unităţi care se află în relaţii contractuale cu CNAS sau cu asigurătorii de sănătate.

(5) Constituie conflict de interese deţinerea de către membrii Consiliului de administraţie al CNAS de părţi sociale, acţiuni sau interese la furnizori care stabilesc relaţii contractuale cu asigurătorii de sănătate, precum şi la orice asigurător de sănătate. Această dispoziţie se aplică şi în cazul în care astfel de părţi sociale, acţiuni sau interese sunt deţinute de către soţ, soţie, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

(6) Membrii Consiliului de administraţie al CNAS care, fie personal, fie prin soţ, soţie, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administraţie, nu pot participa la dezbaterile consiliului de administraţie şi nici la adoptarea hotărârilor.

(7) Prevederile alin. 2-6 se aplică şi directorului general precum şi tuturor persoanelor cu funcţie de conducere din cadrul CNAS.

1. Art. 14

(1) Preşedintele CNAS are următoarele atribuţii principale:

a) exercită atribuţiile prevăzute de lege, în calitate de ordonator principal de credite, pentru administrarea şi gestionarea fondului;

b) organizează şi coordonează activitatea de audit şi control în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, potrivit atribuţiilor specifice ale CNAS;

c) participă ca invitat la şedinţele Guvernului în care sunt dezbătute aspecte referitoare la sănătatea populaţiei;

d) promovează normative proprii CNAS;

e) numeşte, sancţionează şi eliberează din funcţie personalul CNAS;

f) reprezintă CNAS în relaţiile cu terţii;

g) aprobă normele, regulamentele şi procedurile administrative specifice îndeplinirii atribuţiilor CNAS;

h) analizează periodic activitatea CNAS şi a asiguratorilor de sănătate, modul de realizare a obiectivelor şi dispune măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii acestora, conform actelor normative în materie;

i) alte atribuţii stabilite prin Statutul CNAS.

(2) În exercitarea atribuţiilor ce îi revin, precum şi pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administraţie, preşedintele CNAS emite ordine care devin executorii după ce sunt aduse la cunoştinţă persoanelor interesate. Ordinele cu caracter normativ, emise în aplicarea prezentei legi, se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

1. Art. 15

Consiliul de administraţie al CNAS are următoarele atribuţii principale:

a) aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări obligatorii de sănătate;

b) avizează statutul propriu al CNAS, care se aprobă prin hotărâre a guvernului;

c) aprobă propriul regulament de organizare şi funcţionare;

d) aprobă strategia sistemului de asigurări obligatorii de sănătate cu privire la constituirea şi utilizarea fondului;

e) avizează conform proiectul bugetului fondului şi îl supune aprobării ordonatorului principal de credite, în condiţiile legii;

f) aprobă programul de investiţii;

g) avizează, în condiţiile legii, repartizarea pe asigurători a bugetului fondului;

h) avizează conform utilizarea fondului de rezervă;

i) avizează conform criteriile de alocare a fondului de echilibrare a riscurilor (ex-post)

j) avizează încheierea de convenţii de cooperare şi finanţare de programe cu organisme internaţionale în domeniu;

k) analizează semestrial stadiul derulării contractelor;

l) avizează rapoartele de gestiune anuale, prezentate de preşedintele CNAS, contul de încheiere a exerciţiului bugetar, precum şi raportul anual de activitate;

m) aprobă, în baza raportului Curţii de Conturi, bilanţul contabil şi descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS;

n) avizează conform conform proiectul acordului-cadru şi al normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi completările şi modificările ulterioare;

o) avizează conform lista medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală;

p) aprobă criteriile privind calitatea asistenţei medicale acordate asiguraţilor;

q) avizează organigrama CNAS;

r) alte atribuţii acordate prin acte normative în vigoare.

1. Art. 16

Atribuţiile principale ale directorului general al CNAS sunt următoarele:

a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare şi de funcţionare şi procedurile administrative unitare;

b) organizează şi coordonează activitatea de control al execuţiei contractelor de furnizare de servicii de sănătate;

c) propune programe de acţiuni de îmbunătăţire a disciplinei financiare;

d) stabileşte modalitatea de contractare, cu respectarea acordului-cadru;

e) organizează împreună cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguraţilor şi propune măsuri în caz de nerespectare a acestora;

f) supraveghează şi controlează organizarea şi funcţionarea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate şi prezintă anual rapoarte, pe care le dă publicităţii;

g) numeşte, sancţionează şi eliberează din funcţie personalul CNAS;

h) alte atribuţii acordate prin acte normative în vigoare.

1. Art. 17

(1) Personalul CNAS este constituit din funcţionari publici şi personal contractual, în condiţiile legii, şi care nu pot desfăşura activităţi ca angajaţi sau personal contractual la furnizorii de servicii de sănătate.

(2) Constituie conflict de interese deţinerea de către personalul CNAS de părţi sociale, acţiuni sau interese la furnizori care stabilesc relaţii contractuale cu asigurătorii de sănătate, precum şi la orice asigurător de sănătate. Această dispoziţie se aplică şi în cazul în care astfel de părţi sociale, acţiuni sau interese sunt deţinute de către soţ, soţie, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

(1) Realizarea atribuţiilor care revin CNAS, potrivit prezentei legi, este supusă controlului Guvernului şi Curţii de Conturi, potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.

**SECTIUNEA 3 Asigurătorii de sănătate**

1. Art. 18

(1) Asigurătorii de sănătate pot fi persoane juridice române de drept public sau privat, constituite ca societãþi pe acþiuni, societãþi mutuale şi/sau instituţii publice, care, pentru a intra în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, au obligaţia îndeplinirii cumulative a următoarelor condiţii de eligibilitate:

a) să fie autorizaţi de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor din România;

b) să fi încheiat poliţe de asigurare de sănătate pentru cel puţin 700000 de asiguraţi în anul fiscal anterior intrării in vigoare a titlului privind asigurările de sănătate din prezenta lege;

c) valoarea totală minimă a primelor de asigurare subscrise pentru persoanele prevăzute la lit.b) este de o sută de milioane în anul fiscal anterior intrării in vigoare a prezentului titlu de lege;

(2) Societăţile mutuale publice de asigurări de sănătate se vor constitui prin reorganizarea Caselor judeţene de asigurări de sănătate, casa Municipiului Bucureşti şi casele OPSNAJ şi MTTC, pe parcursul anului fiscal anterior intrării în vigoare a prezentei legi.

(3) Societăţile mutuale publice vor fi conduse de către:

a) Adunarea generală a reprezentaţilor;

b) Consiliul de administraţie;

c) Comitet director;

(4) Modalitatea, metodologia, modul de reorganizare şi funcţionare a acestora în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate se va stabili prin hotărâre de guvern;

(5) Societăţile mutuale publice se pot asocia la nivel naţional prin constituirea Asociaţiei caselor publice de asigurări de sănătate.

(6) Societăţile mutuale publice de asigurări de sănătate devin asigurători de sănătate, în accepţiunea actualei legi, în condiţiile de mai sus, după cum urmează:

a) societăţile care au un număr mai mare de 700.000 de asiguraţi pot funcţiona autonom;

b) societăţile care au mai puţin de 700.000 de asiguraţi se pot asocia într-o structură comună. Casele astfel asociate stabilesc un sediu central celelalte devenind oficii;

(7) Între CNAS şi asigurătorii de sănătate eligibili se încheie contracte de tip civil care reglementează condiţiile de alocare a sumelor de către CNAS şi condiţiile acordării serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale din pachetul de bază pentru asigurati.

(8) Asigurătorii de sănătate încheie contracte de tip civil, după caz, cu furnizorii de servicii de sănătate. Condiţiile minime privind modalitatea de acordare a serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale din pachetul de bază şi modalitatea de decontare a acestora se stabilesc prin Acordul-cadru, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului şi normele metodologice de aplicare a acestuia.

(9) Asigurătorii de sănătate încheie contracte de tip civil, după caz cu asiguraţii sau cu reprezentanţii legali ai acestora privind condiţiile de acordare a pachetului de servicii de sănătate de bază; modelul contractului de asigurare între asigurătorii de sănătate şi asiguraţi sau reprezentanţii legali ai acestora se aprobă prin ordin al preşedintelui CNAS.

1. Art. 19

Atribuţiile şi drepturile asigurătorilor de sănătate sunt următoarele:

(1) Să încheie în mod nediscriminatoriu contracte de asigurări obligatorii de sănătate cu asiguraţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România; asiguratorii nu au dreptul să rezilieze contractele de asigurări obligatorii de sănătate încheiate cu asiguraţii. Intermedierea incheierii contractelor de asigurari obligatorii de sănătate se poate face prin intermediari înregistraţi la sau autorizaţi de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, în conformitate cu normele emise în aplicarea legii 32/2000, cu modificările si completările ulterioare;

(2) Asigurătorul de sănătate poate stabili de comun acord cu un angajator să ofere avantaje suplimentare legate de pachetul de servicii asigurat şi/sau avantaje financiare legate de asigurări voluntare pentru angajaţii proprii, dacă angajaţii săi actuali sau foştii angajaţi sau familiile acestora încheie asigurări de sănătate în baza unui contract cadru, indicat în acordul respectiv; pentru aceasta este necesar ca angajatorul sa obţină acordul prealabil al angajaţilor pentru care va încheia contractul; avantajul oferit nu poate duce la diminuarea pachetului de servicii stabilit prin Acordul cadru;

(3) Să informeze asiguraţii, în mod nediscriminatoriu şi corect asupra beneficiilor şi serviciilor acordate în cadrul modelului de asigurare de bază oferit, precum şi asupra drepturilor şi obligaţiilor lor;

(4) Să contracteze pentru asiguraţii proprii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, servicii de sănătate cu furnizorii selectaţi în baza criteriilor de evaluare stabilite de CNAS.

(5) Să negocieze cu furnizorii de servicii de sănătate volumul şi preţul/tarifele în limita celor maximale stabilite de CNAS;

(6) Să transmită CNAS si CSA toate informaţiile stabilite prin ordine ale Preşedintelui CNAS si CSA;

(7) Să elaboreze şi să publice raportul anual şi planul de activitate pentru anul următor cu privire la atribuţiile ce le revin potrivit prezentei legi;

(8) Să furnizeze gratuit informaţii şi asistenţă în problemele asigurărilor obligatorii de sănătate şi ale serviciilor de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor şi furnizorilor de servicii de sănătate;

(9) Să contracteze şi să deconteze serviciile de sănătate contractate cu furnizorii de servicii de sănătate în condiţiile acordului-cadru;

(10) Să monitorizeze numărul, calitatea şi nivelul tarifelor serviciilor de sănătate furnizate;

(11) Să asigure, în calitate de instituţii competente, activităţile de aplicare a documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate şi a altor prestaţii către cetăţenii UE, în condiţiile respectivelor documente internaţionale;

(12) Asigurătorii privaţi au obligaţia să încheie un contract pentru furnizarea unui pachet de servicii de sănătate suplimentare şi/sau complementare conform reglementărilor în cadrul asigurărilor voluntare de sănătate pentru asiguraţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, care sa aibă acelaşi statut fiscal de deductibilitate, atât pentru angajat cât şi pentru angajator cu cele ale asigurărilor obligatorii de sănătate, în limita a maximum 50 Euro/persoana/lună. Asigurările voluntare de sănătate nu constituie avantaj de natură salarială asa cum este acesta definit în Legea 571/2003, cu modificările şi completările ulterioare privind Codul Fiscal.

(13) Asigurătorii publici pot încheia, fără să fie obligatoriu, un contract pentru furnizarea unui pachet de servicii de sănătate suplimentare şi/sau complementare conform reglementărilor în cadrul asigurărilor voluntare de sănătate, pentru asiguraţii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, care sa aibă acelaşi statut fiscal de deductibilitate, atat pentru angajat cat si pentru angajator cu cele ale asigurărilor obligatorii de sănătate, în limita a maximum 50 Euro/persoana/lună. Asigurările voluntare de sănătate nu constituie avantaj de natură salarială aşa cum este acesta definit în Legea nr. 571/2003, cu modificările şi completările ulterioare privind Codul Fiscal.

(14) Asiguratorii au dreptul să rezilieze contractele de asigurari voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile condiţiilor de asigurare proprii şi ale legislaţiei în domeniul asigurărilor voluntare.

(15) În cazul în care unui asigurat la un asigurător privat i se reziliază contractul pentru asigurări voluntare, acesta nu mai poate fi menţinut pe lista de asiguraţi ai respectivului asigurător pentru PSSB şi pentru PS. Pentru a beneficia de serviciile din PSSB şi PS, acesta trebuie să solicite înscrierea pe lista unui asigurător public, iar în caz contrar îşi pierde calitatea de asigurat. Asigurătorii publici nu pot refuza înscrierea dacă persoana respectivă şi-a achitat contribuţia pentru asigurările obligatorii de sănătate.

(16) Să întreprindă şi să prevadă în contractele cu furnizorii toate măsurile necesare care să asigure un management eficient al pacientului asigurat, pe baza prevederilor acestei legi;

(17) Alte atribuţii prevăzute de acte normative din domeniul asigurărilor de sănătate şi de reglementări din domeniul sănătăţii.

***Cap. 4 Organizarea sistemului de asigurări voluntare de sănătate***

**SECŢIUNEA 1 Dispoziţii generale**

1. Art. 20

Asigurările voluntare de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurător constituie un fond de asigurare, prin contribuţia unui număr de asiguraţi expuşi la producerea riscului de îmbolnăvire, care nu este acoperit de asigurările obligatorii.

1. Art. 21

(1) Asigurările voluntare de sănătate pot fi oferite, în condiţiile legii, de următoarele categorii de asigurători:

a) Asiguratori de sănătate în relaţie contractuală cu CNAS;

b) Societăţi mutuale de asigurare care au ca obiect de activitate operaţiuni de asigurare a riscului de boală sau accidente şi activităţi de prevenţie şi promovarea sănătăţii, în relaţie contractuală cu CNAS, pentru pachetul de servicii de sănătate de bază, membrilor aderenţi. Membrii aderenţi pot fi persoane asigurate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, care au optat pentru un pachet de servicii complementare şi suplimentare, aşa cum sunt reglementate prin HG.

c) Asigurătorii care desfăşoară activităţi ce fac parte din gama asigurărilor facultative conform Legii nr. 136/1995 privind asigurările şi reasigurările în România, cu modificările şi completările ulterioare trebuie să fie autorizaţi în condiţiile Legii.

(2) Asigurările voluntare de sănătate se pot contracta pentru servicii de sănătate de tip complementar şi suplimentar.

a) Pentru serviciile de sănătate de tip complementar se suportă total sau parţial plata serviciilor acoperite parţial din pachetul de servicii de sănătate de bază şi/sau coplăţile asociate acestora.

b) Pentru serviciile de sănătate de tip suplimentar se suportă total sau parţial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii de sănătate de bază şi coplăţi, opţiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiţii hoteliere superioare, alte servicii de sănătate specificate în poliţa de asigurare.

1. Art. 22

Sunt eligibile pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări voluntare de sănătate orice persoane, cetăţeni români, cetăţeni străini sau apatrizi care au dreptul la pachetul de servicii de sănătate de bază în temeiul asigurărilor obligatorii de sănătate, conform prevederilor legale.

**SECŢIUNEA 2 Contractul de asigurare voluntară de sănătate**

1. Art. 23

În cadrul asigurărilor voluntare de sănătate raporturile dintre asigurat şi asigurător, precum şi drepturile şi obligaţiile acestora se stabilesc prin voinţa părţilor, sub forma pachetelor de servicii şi sunt menţionate în contractul de asigurare voluntară de sănătate.

1. Art. 24

Angajatorii, persoane fizice sau juridice, pot să încheie contracte de asigurare voluntară de sănătate pentru angajaţii lor, individual sau în grup, cu acordul acestora, în scopul atragerii şi stabilizării personalului angajat.

1. Art. 25

Contractul de asigurare voluntară de sănătate trebuie să cuprindă, pe lângă elementele obligatorii unui contract, şi următoarele elemente:

a) lista şi volumul de acoperire ale coplăţilor pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar, în conformitate cu preţul de referinţă stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

b) lista serviciilor suplimentare asigurate;

c) lista furnizorilor agreaţi;

d) modalitatea de contactare a acestora, direct sau prin intermediul unui departament de asistenţă a asiguraţilor;

e) drepturile şi obligaţiile părţilor, cu evidenţierea clară a riscului de îmbolnăvire individual;

f) modalităţile de decontare a serviciilor de sănătate;

g) modalităţile de încetare a valabilităţii contractului;

h) modalităţile de soluţionare a eventualelor litigii.

1. Art. 26

Asigurătorii sunt obligaţi ca la încheierea contractului de asigurare voluntară de sănătate să ofere asiguratului toate informaţiile necesare privind drepturile şi obligaţiile rezultând din contract, în vederea protejării intereselor asiguraţilor.

1. Art. 27

(1) Asigurătorul poate solicita, la iniţierea contractului de asigurare, pe cheltuiala proprie şi cu consimţământul pacientului, informaţii privind starea de sănătate a asiguratului, precum şi efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii de sănătate desemnat de acesta.

(2) Informaţiile cuprinse în contractul de asigurare voluntară, precum şi informaţiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidenţial şi nu pot fi divulgate unor terţi de către asigurătorii care practică asigurări voluntare de sănătate sau persoanele fizice/juridice care, prin natura relaţiilor de serviciu, cum ar fi controlor, auditor şi alte asemenea funcţii, intră în posesia informaţiilor în cauză, cu excepţia cazurilor prevăzute de lege.

(3) Prin contract, asigurătorul care practică asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar poate restricţiona pentru acest tip de asigurare accesul asiguratului, parţial sau în totalitate, la anumiţi furnizori de servicii şi poate condiţiona utilizarea unor servicii în caz de îmbolnăvire de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice sau de utilizarea unor anumiţi furnizori agreaţi.

**SECŢIUNEA 3 Relaţia furnizorilor de servicii de sănătate cu asiguratorii ce oferă asigurări voluntare de sănătate**

1. Art. 28

(1) Toţi furnizorii care prestează servicii de sănătate pentru asigurările voluntare de sănătate trebuie să fie autorizaţi de Ministerul Sănătăţii, în baza reglementărilor în vigoare. Pentru prestarea serviciilor care intră sub incidenţa asigurărilor de sănătate de tip complementar, furnizorii de servicii de sănătate trebuie să fie în relaţie contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate.

(2) Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relaţie contractuală cu asigurătorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, au obligaţia de a accepta coplata de la asigurătorii autorizaţi de a presta asigurări voluntare de sănătate sau, prin excepţie, de la asiguraţi, în conformitate cu lista coplăţilor şi valoarea ce poate fi acoperită prin sistemul asigurărilor voluntare de sănătate.

(3) Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relaţie contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate au dreptul de a încheia contracte şi cu asigurătorii autorizaţi de a presta asigurări voluntare de sănătate.

1. Art. 29

(1) Furnizorii de servicii de sănătate sunt obligaţi să elibereze documente justificative de decontare (factură, chitanţă) pentru serviciile de sănătate prestate acoperite prin asigurările voluntare de sănătate.

(2) În cazul în care nu există un contract încheiat între asigurător şi furnizorii de servicii de sănătate, decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative emise de furnizorul de servicii de sănătate.

(3) Unităţile medicale publice au obligaţia de a respecta, în relaţia cu asigurătorii, tarifele maximale privind asigurările suplimentare de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

(4) Furnizorii privaţi pot stabili, prin negociere, alte tarife decât cele menţionate la alin. (3).

1. Art. 30

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor supraveghează activitatea asigurătorilor autorizaţi să practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile legale.

1. Art. 31

(1) Asigurătorul de sănătate controlează modul în care furnizorii de servicii de sănătate respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligaţia să permită accesul la evidenţele referitoare la serviciile de sănătate prestate în derularea contractului.

(2) Întreaga responsabilitate a actului medical rămâne în seama furnizorilor de servicii de sănătate şi farmaceutice.

1. Art. 32

Diferendele survenite între asigurător şi furnizorii de servicii de sănătate se soluţionează pe cale amiabilă. În cazul imposibilităţii rezolvării pe cale amiabilă, litigiile se aduc la cunoştinţa direcţiei de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, CNAS şi a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, care vor încerca medierea diferendului. În caz de eşec al medierii, diferendele sunt deduse instanţelor judecătoreşti legal competente.

1. Art. 33

Plângerile privind calitatea serviciilor de sănătate formulate direct de către asiguraţi sau prin intermediul asigurătorilor autorizaţi să practice asigurări voluntare de sănătate se adresează CNAS, Ministerului Sănătăţii şi sunt notificate Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

***Cap. 5 Asiguraţii***

**SECŢIUNEA 1 Persoanele asigurate**

1. Art. 34

(1) Potrivit prezentei legi, sunt asiguraţi toţi cetăţenii români cu domiciliul în ţară, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au solicitat şi au obţinut dreptul de lungă şedere sau au domiciliul în România şi fac dovada plăţii la zi a contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi. În această calitate, persoana în cauză încheie un contract de asigurare cu un asigurător de sănătate, la alegere, în mod direct sau prin angajator cu acordul asiguratului, în condiţiile prezentei legi.

(2) Toate categoriile de persoane, cu excepţia celor prevăzute la alin.(3) au obligaţia să se asigure şi să plătească contribuţia la asigurările obligatorii de sănătate în condiţiile prezentei legi.

(3) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuţiei la asigurările obligatorii de sănătate:

a) toţi copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la vârsta de18 ani şi până la 26 de ani numai dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu până la începerea anului universitar dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă;

b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecţie a copilului şi nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare;

(4) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare de sănătate cu plata contribuţiei la asigurările obligatorii de sănătate din alte surse:

a) coasiguraţii, respectiv soţul, soţia sau părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate; aşa cum sunt definiţi în Legea nr.571/2006 cu modificările şi completările ulterioare. Persoana asigurată are posibilitatea de a coasigura persoane aflate în întreţinere, în situaţia în care venitul său impozabil depăşeşte venitul mediu anual din legea bugetului de stat a României. Persoana asigurată va plăti contribuţia de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană coasigurată;

b) pentru coasiguraţi, în cazul în care persoana asigurată are venitul sub cel menţionat la lit. a), contribuţia de asigurări obligatorii de sănătate va fi plătită din bugetul de stat;

c) Pentru persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepţia celor obţinute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările şi completările ulterioare, autoritatea administraţiei publice locale are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană cu handicap;

d) pentru 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 şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanţa 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 şi completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoaşterea şi acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcţiei Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoştinţei faţă de eroii-martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluţiei române din decembrie 1989, precum şi faţă de persoanele care şi-au jertfit viaţa sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile băneşti acordate de aceste legi, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

e) pentru persoanele care se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, fondul de asigurare pentru accidente de muncă şi boli profesionale are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

f) pentru persoanele care se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani şi în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 şi 7 ani, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

g) pentru persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum şi cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au alte venituri, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5 aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

h) pentru persoanele care beneficiază de indemnizaţie de şomaj, bugetul asigurărilor de şomaj are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

i) pentru străinii aflaţi în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum şi cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identităţii şi sunt cazaţi în centrele special amenajate potrivit legii,bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

j) pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările şi completările ulterioare, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

k) pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5%, dar nu mai puţin de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

l) pentru persoanele cetăţeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri, bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat;

m) pentru personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidenţa Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse,bugetul de stat are obligaţia plăţii contribuţiei de asigurări obligatorii de sănătate în cotă de 5,5% aplicată la salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană care face parte din categoriile menţionate în prezentul alineat.

(5) Dovada calităţii de asigurat se realizează cu cardul naţional de asigurări obligatorii de sănătate sau, după caz, cu alte documente care se stabilesc prin ordin al preşedintelui CNAS.

(6) Persoanele care au obligaţia de a se asigura şi nu pot dovedi plata contribuţiei sunt obligate, pentru a obţine calitatea de asigurat :

a) să achite contribuţia legală lunară de 10,7% pe ultimele 6 luni, dacă nu au realizat venituri impozabile pe perioada termenelor de prescripţie privind obligaţiile fiscale, calculată la salariul minim brut pe ţară în vigoare la data plăţii,

b) să achite, în continuare, contribuţia de 10,7%, lunar, calculată la salariul minim brut pe ţară în vigoare la data plăţii .

(7) Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de servicii de sănătate şi alte prestaţii acordate pe teritoriul României, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

(8) Următoarele categorii de persoane pot încheia asigurări facultative de sănătate, beneficiind astfel de pachetul de servicii de sănătate de bază:

a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;

b) cetăţenii străini şi apatrizii care se află temporar în ţară, fără a solicita viză de lungă şedere;

c) cetăţenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în ţară.

(9) Persoanele care se asigură facultativ în condiţiile alin. (8) au obligaţia plăţii atât a contribuţiei lunare la fond, care se calculează prin aplicarea cotei de 10,7% la valoarea a două salarii de minime pe economie, pentru pachetul de servicii de sănătate de bază stabilit prin acordul cadru, cât şi obligaţia contractării unei asigurări voluntare de sănătate.

(10) Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de pachetul minimal de servicii de sănătate, stabilit prin acordul cadru şi rambursat de la bugetul de stat, la valoarea tarifelor pentru serviciile de sănătate respective prevăzute în Acordul Cadru.

(11) Angajatorii şi asiguraţii care au obligaţia plăţii contribuţiei în condiţiile prezentei legi şi care nu o respectă datorează pentru perioada de întârziere majorări şi penalităţi de întârziere în condiţiile Codului de procedură fiscală

**SECŢIUNEA 2 Principalele drepturi şi obligaţii ale asiguraţilor**

1. Art. 35

(1) Asiguraţii au următoarele drepturi:

a) dreptul de a beneficia de un pachet de servicii de bază în condiţiile prezentei legi, stabilit prin Acordul-cadru si normele de aplicare;

b) să beneficieze de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului şi până la vindecare, în condiţiile stabilite de prezenta lege şi acordul-cadru;

c) să îşi aleagă în mod informat asigurătorul de sănătate public sau privat, dintre cei cu care CNAS a încheiat contracte de furnizare de servicii, precum şi furnizorii de servicii de sănătate dintre cei cu care asigurătorul de sănătate ales a încheiat contracte de furnizare de servicii, în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;

d) să schimbe asigurătorul de sănătate la interval de minimum un an de la data încheierii cu acesta a contractului de asigurare de sănătate, cu excepţia situaţiilor stabilite prin acordul-cadru; aceasta schimbare se poate face doar în perioada octombrie-noiembrie a fiecarui an calendaristic pentru anul urmator; procedura de schimbare a contractului de asigurare de sănătare va fi stabilită prin norme specifice stabilite prin ordin al Preşedintelui CNAS;

e) să îşi aleagă şi să îşi schimbe medicul de familie în condiţiile stabilite în acordul-cadru;

f) să beneficieze în mod nediscriminatoriu şi justificat din punct de vedere medical, de servicii de sănătate, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale cuprinse în pachetul de bază, în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;

g) să aibă acces la controale medicale periodice, servicii de sănătate preventive şi de promovare a sănătăţii, cu scop educativ pentru sănătatea asiguratului şi familiei acestuia, evitarea îmbolnăvirilor, depistarea precoce a bolilor, evitarea agravării afecţiunilor existente şi recuperare după boală;

h) să beneficieze de servicii de sănătate specializate furnizate în ambulatorii şi spitale autorizate ca furnizori şi în contract cu asigurătorul;

i) să beneficieze de servicii de sănătate de urgenţă;

j) să beneficieze de servicii de sănătate stomatologice, conform prevederilor acordului cadru si a normelor de aplicare a acestuia;

k) să beneficieze de medicamente şi dispozitive medicale, conform prevederilor acordului cadru si a normelor de aplicare a acestuia;

l) să beneficieze de îngrijiri la domiciliu, conform prevederilor acordului cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;

m) să beneficieze de servicii de îngrijiri paleative, conform prevederilor acordului cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;

n) să beneficieze de servicii de recuperare medicală şi fizioterapie, conform prevederilor acordului cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;

o) să beneficieze de concedii şi indemnizaţii de asigurări de sănătate în condiţiile legii, conform prevederilor acordului cadru şi a normelor de aplicare a acestuia;

p) să li se garanteze confidenţialitatea privind datele cu caracter personal, în special în ceea ce priveşte diagnosticul şi tratamentul, conform legilor în vigoare;

q) să fie informaţi, de către asigurătorul de sănătate, în mod nediscriminatoriu şi corect, asupra beneficiilor şi serviciilor acordate în cadrul pachetului de asigurare de bază, precum şi asupra altor forme de asigurare oferite de asigurător;

r) să încheie contract de asigurări voluntare de sănătate cu un asigurător, ceea ce nu îl exonerează de plata contribuţiei la asigurările obligatorii de sănătate;

s) să se implice în înţelegerea şi luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare şi informare cu furnizorul de servicii de sănătate;

t) să-şi dea consimţământul informat la acele proceduri invazive ale căror riscuri şi beneficii li s-au explicat în prealabil de către furnizorii de servicii de sănătate.

(2) Obligaţiile asiguraţilor pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la alin.(1) sunt următoarele:

a) să opteze pentru un asigurător de sănătate, public sau privat, şi să achite contribuţia datorată fondului şi alte plăţi, în condiţiile stabilite prin acordul-cadru;

b) asiguratul poate opta să încheie un contract de asigurări de sănătate obligatorii cu un asigurător privat, numai dacă încheie un contract şi pentru asigurarea unui pachet de servicii de sănătate complementare şi/sau suplimentare.

c) să se înscrie pe lista unui medic de familie;

d) să anunţe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;

e) să se prezinte la controalele profilactice şi la cele periodice stabilite prin acordul-cadru şi prin contractul cu asigurătorul de sănătate;

f) să anunţe în termen de 15 zile medicul de familie şi asigurătorul de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asiguraţi;

g) să respecte cu stricteţe tratamentul şi indicaţiile medicului;

h) să aibă o conduită civilizată faţă de personalul medical;

i) să prezinte furnizorilor de servicii de sănătate cardul naţional sau după caz, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat;

j) să plătească contribuţia de asigurări obligatorii de sănătate, în condiţiile prezentei legi;

k) să furnizeze toate informaţiile necesare pentru diagnosticare;

l) să nu exagereze cu un simptom sau mai multe, în scopul întreruperii activităţii, ori în alte scopuri;

m) să fie cooperant în tratament, să se prezinte la examinări periodice ori programate;

n) să respecte prevederile regulamentelor interne ale unităţilor sanitare, în condiţiile informării primite în accesul în aceste unităţi;

o) să nu consume alcool, tutun în incinta unităţilor sanitare, să nu facă uz de violenţă verbală ori fizica

(3) În cazul în care un asigurat, în baza asigurării sale obligatorii de sănătate, apelează la serviciile unui alt furnizor decât unul dintre cei cu care asigurătorul său de sănătate este în relaţii contractuale, asiguratul are dreptul la plata de către asigurător a cheltuielilor realizate în legătură cu serviciile de sănătate de care beneficiază conform acordului-cadru, cu condiţia acordului prealabil al asigurătorului sau în baza clauzelor contractului de asigurare.

***Cap. 6 Furnizorii de servicii de sănătate***

**SECŢIUNEA 1 Furnizorii de servicii de sănătate**

1. Art. 36

Categoriile de furnizori de servicii de sănătate organizaţi, autorizaţi, evaluaţi şi selectaţi conform reglementărilor legale în vigoare, care pot fi în relaţii contractuale cu asigurătorii de sănătate, sunt următoarele:

a) unităţi medicale publice şi private acreditate de către organismul de acreditare recunoscut de către Ministerul Sănătăţii;

b) farmacii, distribuitori şi producători de medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale autorizaţi;

c) alte persoane fizice şi juridice autorizate care furnizează servicii de sănătate în condiţiile legii, precum medici de familie, centre de permanenţă, grupuri multidisciplinare de practica, furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu.

**SECŢIUNEA 2 Principalele drepturi şi obligaţii ale furnizorilor de servicii de sănătate**

1. Art. 37

(1) Furnizorii au următoarele drepturi:

a) să încheie contracte cu asigurătorii de sănătate în condiţiile prezentei legi şi ale acordului-cadru;

b) să fie informaţi de către asigurătorul de sănătate asupra motivului pentru care nu au fost selectaţi pentru încheierea contractului, în termen de 30 de zile de la transmiterea unei oferte;

c) sa li se deconteze contravaloarea serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale acordate în baza contractelor încheiate cu asigurătorii, în termenele şi condiţiile contractelor încheiate. Decontarea serviciilor de sănătate, medicamentelor şi a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor;

d) să încheie contracte de furnizare de servicii cu unul sau mai mulţi asigurători.

(2) Furnizorii au următoarele obligaţii:

a) să pună la dispoziţia asigurătorilor de sănătate şi CNAS documentele justificative medicale cu privire la tipul serviciilor acordate şi calitatea acestora;

b) să respecte drepturile asiguraţilor;

c) să aibă o conduită civilizată faţă de asiguraţi;

d) să utilizeze sistemul informatic şi informaţional unic integrat;

e) să utilizeze documentele şi formularele electronice sau pe suport de hârtie utilizate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;

f) să acorde servicii de sănătate decontate din fond numai la prezentarea cardului naţional sau a altor documente justificative care atestă calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile prezentei legi;

g) să acorde servicii de sănătate pe baza ghidurilor, protocoalelor de practică şi a traseelor clinice ale pacientului elaborate în vederea decontării şi agreate cu asigurătorii de sănătate cu care au contract;

h) să implice şi pacienţii şi/sau aparţinătorii acestora, după caz, în luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare şi informare a acestora, inclusiv să obţină consimţământul informat al pacienţilor pentru efectuarea de tratamente şi proceduri invazive sau cu grad crescut de risc terapeutic.

SECŢIUNEA 3

Acordul-Cadru

1. Art. 38

(1) Acordul-cadru se elaborează de către CNAS o dată la trei ani şi reglementează, în principal:

a) modalităţile de acordare a serviciilor de sănătate, medicamentelor şi dispozitivelor medicale;

b) condiţiile de negociere şi contractare între CNAS şi asigurători;

c) condiţiile de negociere, contractare şi decontare între asigurători şi furnizori;

d) condiţiile de negociere şi contractare între şi asigurătorii şi asiguraţi;

e) modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor;

f) criteriile de definire a pachetului de servicii de sănătate de bază;

g) criteriile de definire a pachetului de servicii de sănătate speciale;

h) criteriile de definire apachetului minim de servicii pentru persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat.

(2) În aplicarea acordului - cadru se elaborează norme metodologice de aplicare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS, avizat conform de Ministrul Sănătăţii, în care se prevăd:

a) Tarifele aprobate la nivel naţional, precum şi modificările acestora;

b) Serviciile din PSSB şi din PS şi condiţiile de accesare a acestora stabilite pe baza recomandărilor ANCIS;

c) Metodologia de contractare şi modelul de contract pentru asigurările obligatorii;

d) Sistemul şi nivelul de coplăţi pentru servicii de sănătate.

(3) Modalităţile de plată a furnizorilor de servicii de sănătate, care se detaliază prin acordul-cadru şi normele de aplicare ale acestuia, pot fi:

a) tarif pe persoană asigurată;

b) tarif pe serviciu medical;

c) tarif pe caz rezolvat;

d) tarif pe zi de spitalizare;

e) prin preţ de referinţă;

f) prin preţ de decontare;

g) prin buget global;

h) tarif pe episod de boală;

i) sumă de închiriere;

j) bonusuri;

k) alte forme prevăzute de reglementările în vigoare.

(4) Pachetul de servicii de sănătate de bază acordate cuprinde următoarele tipuri de servicii:

a) servicii de sănătate profilactice;

b) servicii de sănătate de consultaţie şi diagnostic, inclusiv cele de telemedicina;

c) servicii de urgenţă medico-chirurgicale;

d) servicii de sănătate curative;

e) servicii de recuperare medicală;

f) servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

g) servicii paleative;

h) medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi alte mijloace terapeutice.

(5) Acordul - cadru conţine reglementări privind serviciile de sănătate acordate asiguraţilor români pe teritoriul altor state membre UE sau a altor state cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(6) Serviciile de sănătate care nu sunt cuprinse în pachetul de bază nu se suportă din fondul asigurărilor obligatorii de sănătate. În acest sens, în acordul - cadru se va prevedea lista serviciilor de sănătate neacoperite. Pentru aceste servicii pot exista forme voluntare de asigurări de sănătate.

(7) Lista cu medicamentele de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală se elaborează, ţinând cont de criteriul cost-eficacitate, de către Ministerul Sănătăţii şi CNAS, cu consultarea Colegiului Farmaciştilor din România si a asigurătorilor înregistraţi la CNAS, şi se aprobă prin hotărâre a guvernului.

(8) În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piaţă în România.

**SECŢIUNEA 4 Servicii de sănătate acordate asiguraţilor pe teritoriul altor state**

1. Art. 39

(1) Persoanele asigurate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază de servicii de sănătate pe teritoriul acestor state, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

(2) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte este efectuată de asigurătorii de sănătate conform reglementărilor în vigoare.

(3) Pentru efectuarea operaţiunilor prevăzute la alin. (1) CNAS poate deschide conturi la o instituţie bancară în care asigurătorii de sănătate vor vira sumele reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate şi a altor prestaţii persoanelor menţionate la alin. (1), în condiţiile documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte. Metodologia de efectuare a acestor plăţi se stabileşte prin ordin al preşedintelui CNAS, cu avizul Ministerului Finanţelor Publice.

***Cap. 7 Controlul***

1. Art. 40

(1) Asigurătorul de sănătate controlează modul în care furnizorii de servicii de sănătate respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligaţia să permită accesul la evidenţele referitoare la serviciile de sănătate prestate în derularea contractului.

(2) Furnizorii de servicii de sănătate au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale asigurătorilor de sănătate documentele justificative medicale şi financiar contabile conform contractului dintre părţi.

(3) Controlul asupra activităţii asigurătorilor de sănătate este exercitat de către CSA prin departamentul de specialitate, potrivit Legii nr.32/2000 privind activitatea de asigurare şi supravegherea asigurărilor, cu modificările şi completările ulterioare si de către CNAS conform atribuţiilor acesteia şi de către organele abilitate, în condiţiile legii.

(4) La rândul lor, toţi asigurătorii publici si privaţi de asigurări de sănătate vor fi evaluaţi periodic din punct de vedere al calităţii, de către instituţia responsabilă cu acreditarea, calitatea şi sistemul informaţional în domeniul sanitar din România.

***Cap. 8 Răspunderi şi sancţiuni***

1. Art. 41

Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea materială, civilă, contravenţională sau penală, după caz.

**SECŢIUNEA 1: Sancţiuni**

1. Art. 42

Sancţiunile pentru nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizorii de servicii de sănătate, medicamente şi dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu asigurătorii de sănătate, se stabilesc prin acordul – cadru, împreună cu celelalte sancţiuni prevăzute de legislaţia în vigoare.

**SECŢIUNEA 2: Infracţiuni**

1. Art. 43

Fapta persoanei care dispune utilizarea în alte scopuri sau nevirarea la fond a contribuţiei reţinute de la asiguraţi constituie infracţiunea de deturnare de fonduri şi se pedepseşte conform prevederilor din Codul penal.

1. Art. 44

Completarea declaraţiei angajatorilor privind obligaţiile de plată a contribuţiilor obligatorii şi evidenţa nominală a persoanelor asigurate cu date nereale, având ca efect denaturarea evidenţelor privind asiguraţii, stadiul de cotizare sau contribuţiile faţă de fond, constituie infracţiunea de fals intelectual şi se pedepseşte conform prevederilor din Codul penal.

1. Art. 45

(1) Divulgarea cu intenţie a informaţiilor privind starea de sănătate a asiguraţilor de către un salariat al asigurătorului, fără consimţământul asiguratului, constituie infracţiune şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

(2) Dacă fapta prevăzută la alin. (1) a fost săvârşită din culpă, pedeapsa este închisoarea de la o lună la un an sau amendă de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

1. Art. 46

 Încălcarea prevederilor art. 169 de către asigurătorii autorizaţi să practice asigurări voluntare de sănătate constituie contravenţie şi se sancţionează cu amendă de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

**SECŢIUNEA 3: Contravenţii**

1. Art. 47

Constituie contravenţii următoarele fapte:

a) refuzul de a pune la dispoziţia organelor de control ale ANAF a documentelor justificative şi a actelor de evidenţă necesare în vederea stabilirii obligaţiilor la fond;

b) refuzul de a pune la dispoziţia organelor de control ale asigurătorilor şi ale CNAS a documentelor justificative şi actelor de evidenţă financiar-contabilă privind sumele decontate din fond

c) nerespectarea în orice mod, de către asigurătorii de sănătate a ordinelor şi normelor adoptate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor în aplicarea prezentei legi, precum şi a legislaţiei din domeniul asigurărilor şi reasigurărilor.

1. Art. 48

Contravenţiile prevăzute la art. 31 de mai sus se sancţionează după cum urmează:

a) cele prevăzute la lit. a) cu amendă de la 5.000 lei la 10.000lei;

b) cele prevăzute la lit. b) cu amendă de la 30.000 lei la 50.000lei.

c) cele prevăzute la lit. c) se sancţionează conform Legii nr.32/2000 privind activitatea de asigurare şi supraveghere a asigurărilor.

1. Art. 49

(1) Constatarea contravenţiilor şi aplicarea sancţiunilor se fac de către organele de control ale ANAF, CSA şi CNAS.

(2) Amenzile contravenţionale aplicate de către ANAF si CNAS conform prezentei legi constituie venituri la bugetul de stat.

1. Art. 50

Dispoziţiile art. 47 se completează cu prevederile Ordonanţei Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravenţiilor, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările şi completările ulterioare.

1. Art. 51

(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.45 de mai sus, agentul constatator făcând menţiune despre această posibilitate în procesul-verbal.

(2) Dispoziţiile prezentei legi referitoare la obligaţiile faţă de fond se completează cu prevederile Legii nr. 241/2005 pentru prevenirea şi combaterea evaziunii fiscale.

1. Art. 52

În cazul nerespectării de către asigurătorii de sănătate a obligaţiilor prevăzute în contractul încheiat cu CNAS, se aplică sancţiunile prevăzute în acordul – cadru, precum şi alte sancţiuni prevăzute de legislaţia în vigoare.

1. Art. 53

(1) La elaborarea proiectului de norme şi reglementări privind asigurările obligatorii de sănătate, CNAS poate consulta organizaţiile profesionale din domeniu şi a asociaţiilor de pacienţi, în vederea atât a participării experţilor la documentarea şi luarea deciziilor, cât şi a obţinerii unui consens extins cu privire la constituirea şi utilizarea fondului de asigurări de sănătate.

(2) Hotărârea Guvernului care aprobă Acordul-cadru se va elabora şi cu consultarea asigurătorilor înregistraţi la CNAS la momentul elaborării acesteia. În termen de 120 zile, CNAS va elabora acordul-cadru pentru anul 2013, cu consultarea asigurătorilor privaţi şi publici agreaţi.

(3) Asigurătorii de sănătate autorizaţi de CSA şi înregistraţi / agreaţi de către CNAS conform prezentei legi au la dispoziţie 12 luni de la intrarea în vigoare a legii în vederea înscrierii pe propriile liste ale asiguraţilor din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate şi prezentării către CNAS în vederea contractării. După încheierea primei perioade de înscriere, orice persoană care intră în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate şi va beneficia de prevederile prezentei legi, trebuie să-şi aleagă asigurătorul de sănătate în termen de maximum 60 de zile de la data la care devine eligibilă calitatea de asigurat, aşa cum este ea definita de prezenta lege.

(4) CSA va emite în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi precizări privind criteriile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii înregistraţi la sau autorizaţi de către CSA şi care vor dori să intermedieze încheierea contractelor de asigurare de sănătate, precum şi modalităţile şi nivelul de plată a comisioanelor aferente asigurării obligatorii de sănătate.

(5) Titlul Sistemul asigurărilor de sănătate, aşa cum este el reglementat în prezenta lege, se implementează în termen de 18 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi. Până la data implementării prezentului Titlu, continuă să funcţioneze sistemul de asigurări sociale de sănătate reglementat de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare.

(6) Personalul CNAS şi al caselor de asigurări de sănătate din subordine poate fi preluat de către CNAS în noua formă de organizare şi, respectiv, de către societăţile mutuale de asigurări de sănătate din cadrul sistemului nou format.

(7) Patrimoniul caselor judeţene de asigurări de sănătate va fi preluat de către CNAS în condiţiile stabilite prin statutul propriu aprobat prin Hotărâre a Guvernului.

(8) Casele de asigurari sociale de sănătate din subordinea CNAS se pot reorganiza ca asigurători de sănătate autorizaţi de CSA potrivit prevederilor acestei legi şi legislaţiei din domeniul asigurărilor în termen de 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului titlu.

(9) Hotărârea Guvernului care aproba sursele şi modalităţile de plată pentru categoriile de asiguraţi prevăzute în legi speciale se va elabora, aproba şi publica în termen de 90 de zile de la publicarea prezentei legi.

(10) Hotărârea Guvernului care aproba categoriile de asiguraţi pentru care plata contribuţiei se suportă din alte surse, precum şi obligaţiile plătitorilor de contribuţii se va elabora, aproba şi publica în termen de 90 de zile de la publicarea prezentei legi.

(11) Comisia de Supraveghere a Asigurărilor prin departamentul special de coordonare a activităţii de asigurări de sănătate, va reglementa şi supraveghea solvabilitatea societăţilor de asigurare care vor contracta asigurări de sănătate conform Directivei SII.

(12) Prezenta lege se completează, în mod corespunzător, cu legislaţia din domeniul asigurărilor şi reasigurărilor şi cu prevederile Codului Civil.