



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul IX — Nr. 178

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 31 iulie 1997

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	LEGI ȘI DECRETE	
145.	— Legea asigurărilor sociale de sănătate	1-8
453.	— Decret pentru promulgarea Legii asigurărilor sociale de sănătate	8

LEGI ȘI DECRETE

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGEA

asigurărilor sociale de sănătate

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației.

(2) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului, a unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate.

(3) Pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate care acoperă riscuri individuale, în diferite situații speciale. Se pot organiza și societăți private de asigurări de sănătate. Aceste asigurări nu sunt obligatorii.

Art. 2. — (1) Constituirea fondurilor de asigurări sociale de sănătate se face din contribuția asiguraților, din contribuția persoanelor fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse.

(2) Administrarea fondului de asigurări sociale de sănătate se face prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.

Art. 3. — (1) Asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii.

(2) Asigurații au obligația să participe la acțiunile profilactice organizate de casele de asigurări de sănătate și să respecte tratamentele medicale prescrise.

CAPITOLUL II

Asigurații*Secțiunea 1***Persoane asigurate**

Art. 4. — (1) Sunt supuse în mod obligatoriu asigurării, potrivit prezentei legi, următoarele categorii de persoane:

- a) cetățenii români cu domiciliul în țară;
- b) cetățenii străini și apatrizii care au reședința în România.

(2) Asigurații vor plăti o contribuție lunară pentru asigurațiile sociale de sănătate.

Art. 5. — Calitatea de asigurat se dovedește cu carnetul de asigurări sociale pentru sănătate.

Art. 6. — Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurarea de sănătate, fără plata contribuției:

a) copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă;

b) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei;

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

d) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate și constituite în prizonieri, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, precum și persoanelor prevăzute la art. 2 din Legea nr. 42/1990 pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de lege, precum și cele provenite din pensii.

*Secțiunea a 2-a***Persoane exceptate de la asigurarea de sănătate obligatorie**

Art. 7. — Asigurarea de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane:

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
- b) cetățenii străini care se află temporar în țară.

*Secțiunea a 3-a***Calitatea de asigurat**

Art. 8. — (1) Calitatea de asigurat a salariaților se dobândește din ziua încheierii contractului individual de muncă al salariatului și se păstrează pe toată durata acestuia. Obligația virării contribuției pentru asigurațiile sociale de sănătate revine celui care angajează persoane salariate.

(2) Persoanele care nu sunt salariate dobândesc calitatea de asigurat din ziua în care s-a achitat contribuția și o păstrează în condițiile legii.

Art. 9. — Are calitatea de asigurat, fără plata contribuției pentru asigurațiile sociale de sănătate, persoana aflată în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia:

a) satisface serviciul militar în termen;

b) se află în concediu medical, în concediu pentru sarcină și lăuzie sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;

c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;

d) face parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social, potrivit legii nr. 17/1995 privind ajutorul social

Art. 10. — (1) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează o dată cu pierderea cetățeniei și/sau a dreptului de reședință în țară.

(2) În cazul neachitării la termen, potrivit legii, a contribuțiilor datorate fondurilor de asigurări sociale de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin organismele sale, va proceda la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor cuvenite bugetului asigurărilor sociale de sănătate și a majorărilor de întârziere.

CAPITOLUL III

Drepturile asiguraților

Art. 11. — (1) Asigurații au dreptul la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare.

(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății, aprobat prin hotărâre a Guvernului, în condițiile prezentei legi.

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

a) lista serviciilor medicale, a medicamentelor și a altor servicii pentru asigurați;

b) parametrii calității și ai eficienței serviciilor;

c) criteriile și modul de plată a serviciilor medicale;

d) nivelul costurilor, modul de decontare și actele necesare în acest scop;

e) asistența medicală primară;

f) internarea și externarea bolnavilor;

g) necesitatea și durata spitalizării;

h) asigurarea tratamentului spitalicesc cu măsuri de îngrijire sau de recuperare;

i) condițiile generale de acordare, de către spital, a tratamentului ambulatoriu;

j) prescrierea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor de mers și de autoservire;

k) condițiile și plata serviciilor de tehnică dentară;

l) informarea corespunzătoare a bolnavilor.

Art. 12. — (1) Asigurații au dreptul la îngrijire medicală, în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege.

(2) Îngrijirea medicală acordată asiguraților se realizează prin servicii medicale, după cum urmează:

a) servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

b) servicii medicale ambulatorii;

c) servicii medicale spitalicești;

d) servicii de asistență stomatologică;

e) servicii medicale de urgență;

f) servicii medicale complementare pentru reabilitare;

g) asistență medicală pre-, intra- și postnatală;

h) îngrijiri medicale la domiciliu;

i) medicamente, materiale sanitare, proteze și orteze.

Art. 13. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani beneficiază de plata serviciilor hoteliere din partea casei de asigurări de sănătate, dacă, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de către aceasta și de Colegiul Medicilor din România, medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată.

Art. 14. — (1) În serviciile medicale, suportate de casa de asigurări de sănătate, nu se includ:

a) servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale și accidente de muncă;

b) unele servicii medicale de înaltă performanță;

- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) asistența medicală curativă la locul de muncă;
- e) servicii hoteliere cu grad înalt de confort.

(2) Serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a)—c) și e) se stabilesc prin contractul-cadru.

Art. 15. — (1) Asigurații au dreptul să-și aleagă medicul de familie care să le acorde serviciile medicale primare.

(2) Dacă opțiunea este pentru un medic de familie dintr-o altă localitate, asiguratul va suporta cheltuielile de transport.

(3) Asiguratul va putea schimba medicul de familie ales după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii sale la medic.

Secțiunea 1.1

Servicii medicale pentru prevenirea îmbolnăvirilor și păstrarea sănătății, precum și pentru depistarea precoce a bolii

Art. 16. — (1) În scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire.

(2) În situația în care se constată noxe profesionale sau risc crescut de accidentare, casele de asigurări de sănătate au obligația de a anunța autoritățile responsabile cu protecția muncii.

(3) Casele de asigurări de sănătate colaborează cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, cu medicii cu experiență, cu unitățile sanitare și cu organizațiile neguvernamentale, pentru întocmirea și realizarea de programe de sănătate finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse.

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

- a) nelimitat, pentru copiii până la vârsta de 16 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la școală, fie la grădiniță;
- b) pentru tinerii de la 16 ani la 20 de ani, de două ori pe an;
- c) pentru adulți, o dată pe an.

Art. 18. — Serviciile medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor sunt suportate de casele de asigurări de sănătate.

Art. 19. — (1) Asigurații în vârstă de peste 30 de ani au dreptul la un control în fiecare an, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate. Aceste afecțiuni se precizează în contractul-cadru.

(2) Asigurații care au efectuat controalele medicale periodice preventive, stabilite de către Colegiul Medicilor din România împreună cu casele de asigurări de sănătate, beneficiază de reduceri sau de scutiri de la plata unor contribuții personale, prevăzute în contractul-cadru.

Secțiunea 1.2

Servicii medicale în caz de boală

Art. 20. — (1) Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței pacientului, după caz.

(2) Tratamentul medical se aplică de către medici și alt personal sanitar acreditat.

Art. 21. — (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de specialitate ambulatorie la indicația medicului de familie, cu respectarea liberei alegeri a medicului specialist

acreditat. Asistența medicală de specialitate se acordă de către medici specialiști. Serviciile medicale ambulatorii cuprind: stabilirea diagnosticului, tratament medical, îngrijiri medicale, recuperare, medicamente și materiale sanitare.

(2) Asigurații primesc asistență medicală de specialitate în spitalele acreditate, dacă tratamentul ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficace.

(3) Tratamentul în spital se acordă prin spitalizare integrală sau parțială, care cuprinde: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă.

(4) Asigurarea asistenței medicale spitalicești revine spitalului, potrivit contractului încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 22. — Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul buco-maxilo-facial.

Art. 23. — Tratamentele stomatologice se suportă de către casa de asigurări de sănătate în proporție de 40%—60%, ținând seama de necesitatea respectării controalelor profilactice impuse de serviciul stomatologic. Aceste tratamente, în cazul copiilor până la vârsta de 16 ani, se vor suporta de către casa de asigurări de sănătate, pe baza criteriilor stabilite în contractul-cadru.

Secțiunea 1.3

Medicamente, materiale sanitare, proteze și alte mijloace terapeutice

Art. 24. — (1) Lista cu medicamentele din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România, în baza contractului-cadru.

(2) Asigurații au dreptul la materialele sanitare pentru corectarea văzului, a auzului, pentru protezarea membrilor și la alte materiale de specialitate în acest scop, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

(3) Asigurații beneficiază de tratament fizioterapeutic, masaj, gimnastică medicală și altele asemenea, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul de furnizare de servicii medicale.

Art. 25. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani suportă:

- a) costul medicamentelor care se administrează în infecții ușoare ale căilor respiratorii, calmante, purgative, antiemetice;
- b) costul serviciilor medicale și al materialelor sanitare acordate în cazul corecțiilor estetice;
- c) costul unor materiale sanitare necesare pentru corectarea auzului și a văzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere.

(2) Costurile medicamentelor, ale materialelor sanitare și ale mijloacelor terapeutice care se suportă de către asigurat vor fi stabilite prin contractul-cadru.

Art. 26. — Decontarea valorii medicamentelor către casele de asigurări de sănătate va avea la bază prețurile de referință ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente în vigoare la data achiziționării medicamentului

*Secțiunea 1.4***Servicii de reabilitare a sănătății**

Art. 27. — (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de recuperare într-o unitate specială pentru o perioadă și după un ritm stabilite de medicul curant în programul de reabilitare.

(2) Contribuția personală pentru asistență medicală de recuperare se stabilește prin contractul-cadru.

*Secțiunea 1.5***Tratamentul medical la domiciliu**

Art. 28. — Asigurații au dreptul să primească asistență medicală la domiciliu și îngrijire din partea unui cadru mediu sanitar, dacă este necesar și indicat de medic.

*Secțiunea 1.6***Alte servicii speciale**

Art. 29. — (1) Casele de asigurări de sănătate preiau cheltuielile de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat.

(2) Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

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

Art. 30. — Asigurații au dreptul la ajutor în menaj pe perioada bolii sau a invalidității, în cazul în care nu pot să se îngrijească și nu au susținători legali care să îi ajute; durata în ore, pe zi, se stabilește individual de către casa de asigurări de sănătate.

*Secțiunea a 2-a***Asigurarea calității serviciilor medicale**

Art. 31. — Asigurarea calității serviciilor medicale se realizează prin acceptarea de către casele de asigurări de sănătate numai a:

- a) serviciilor medicale și stomatologice recunoscute de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, conform legii;
- b) medicilor, asistenților medicali și a celuilalt personal acreditat;
- c) unui sistem informațional corespunzător asigurării unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;
- d) respectării criteriilor de evaluare a calității asistenței medicale și stomatologice, elaborate de către Colegiul Medicilor din România, conform legii.

Art. 32. — (1) Criteriile privind calitatea asistenței medicale ce se acordă asiguraților se elaborează de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se referă la:

- a) tratamentul medical;
- b) tratamentul stomatologic;
- c) acțiunile de depistare precoce a îmbolnăvirilor;
- d) procedeele medicale de recuperare eficiente;
- e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, proteze, transportul bolnavilor;
- f) eliberarea de certificate medicale și rapoarte necesare atât caselor de asigurări de sănătate pentru îndeplinirea sarcinilor, cât și asiguraților pentru a beneficia de ajutoare de boală;
- g) măsurile de restabilire a fertilității unui cuplu;
- h) înființarea și funcționarea unităților sanitare și dotarea lor corespunzătoare.

(2) Aceste criterii sunt obligatorii pentru medici și pentru personalul sanitar.

Art. 33. — În vederea respectării criteriilor de calitate a serviciilor medicale furnizate asiguraților, casele de asigurări

de sănătate organizează controlul activității medicale împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România. Controlul are la bază criteriile prevăzute la art. 31 și 32.

*Secțiunea a 3-a***Acțiuni comune pentru sănătate**

Art. 34. — Ministerul Sănătății proiectează, implementează și coordonează programe de sănătate publică, în scopul realizării unor obiective de sănătate, cu participarea tuturor instituțiilor cu răspundere în domeniul realizării politicii sanitare a statului. Obiectivele se stabilesc în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu Colegiul Medicilor din România, cu reprezentanți ai spitalelor și clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor, precum și cu reprezentanți ai populației.

*Secțiunea a 4-a***Atribuțiile Colegiului Medicilor din România în domeniul asigurărilor sociale de sănătate**

Art. 35. — Colegiul Medicilor din România are, în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, următoarele obligații:

- a) asigurarea elaborării și furnizării serviciilor medicale de bază prevăzute în prezenta lege;
- b) garantarea, față de casele de asigurări de sănătate, că serviciile medicale respectă parametrii de calitate și de stabilitate conform prezentei legi;
- c) urmărirea realizării eficiente a asistenței medicale de urgență;
- d) asigurarea necesarului de asistență medicală din punct de vedere cantitativ și calitativ în plan teritorial;
- e) participarea la elaborarea planurilor de construire de spitale și de dotare cu echipament de mare performanță medicală.

*Secțiunea a 5-a***Acreditarea personalului medical**

Art. 36. — În sistemul de asigurări sociale de sănătate pot fi admiși să lucreze numai medicii și personalul sanitar acreditat, potrivit legii.

Art. 37. — (1) Contractul dintre casa de asigurări de sănătate și medic încetează în următoarele situații:

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni sau întrerupe activitatea, din motive imputabile, pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- b) prin denunțarea unilaterală a contractului de către medic;
- c) dacă contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate;
- d) dacă medicul renunță la calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- e) dacă se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare.

(2) Litigiile privind încheierea și încetarea contractului se soluționează de către casele de asigurări de sănătate, precum și de către contenciosul administrativ și de către judecătoria, după caz.

Art. 38. — Comisiile de acreditare a personalului medical se organizează, la nivel național și județean, de către Colegiul Medicilor din România și de către casa de asigurări de sănătate, în componență paritară.

Art. 39. — Regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a personalului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se elaborează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, în termen de 3 luni de la intrarea în vigoare a prezentei legi.

CAPITOLUL IV

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

Art. 40. — Furnizorii de servicii medicale, potrivit prezentei legi, sunt medicii și personalul sanitar, cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitalele și alte unități sanitare care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 41. — (1) Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract.

(2) Casa de asigurări de sănătate organizează un sistem de asigurare pentru răspunderea civilă a medicilor și a celorlalte categorii de personal medical.

(3) Furnizarea serviciilor medicale are la bază stabilitatea contribuției asiguraților.

Art. 42. — Asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie se acordă de către medici, personal sanitar, cabinete pentru practica individuală, dispensare pentru practica de grup, centre de sănătate, policlinici, centre de diagnostic și tratament și de către serviciile ambulatorii ale spitalelor.

Art. 43. — Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale contracte anuale pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar. La încheierea contractelor se ține seama de economicitatea și de calitatea serviciilor oferite și de interesul manifestat de asigurați.

Art. 44. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte anuale cu furnizorii de servicii medicale, în baza contractului-cadru.

(2) Prevederile contractului-cadru sunt date publicității, pentru informarea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale.

(3) Furnizorii de servicii medicale pot negocia clauze suplimentare cu casa de asigurări de sănătate, în limita condițiilor prevăzute în contractul-cadru.

Art. 45. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale de către casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin contractul-cadru și pot fi:

a) în asistența medicală primară și de specialitate, prin tarif pe persoană asigurată și prin tarif pe serviciu medical, după caz;

b) în asistența medicală din spitale și din alte unități cu staționar, prin tarif pe persoană internată, prin tarif pe zi de spitalizare, prin tarif pe serviciu medical și prin tarife negociate pentru anumite prestații.

Art. 46. — (1) Spitalele se construiesc, de regulă, de către autoritățile locale sau centrale, în baza unui program pe termen lung, desfășurat pe ani, care se aprobă prin lege.

(2) Aparatele de mare performanță se procură de către spitale și de centrele de diagnostic și tratament, pe baza aprobării unei comisii centrale compuse din reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ai Colegiului Medicilor din România și ai Ministerului Sănătății, în limita prevederilor bugetului alocat. Prima dotare se suportă de la bugetul de stat.

Art. 47. — (1) Materialele sanitare, protezele și ortezele pot fi furnizate numai de către persoane fizice sau juridice acreditate de casele de asigurări de sănătate. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România elaborează anual liste nominale ale acestor materiale, care se publică în Monitorul Oficial al României.

(2) Modul de furnizare și condițiile de plată se stabilesc prin contracte directe încheiate între casele de asigurări de sănătate și respectivii furnizori.

Art. 48. — În relațiile caselor de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, obligația furnizorilor este de

a elibera medicamentul cu prețul cel mai mic, dacă medicul indică numai denumirea substanței active, precum și de a arăta posibilitatea de înlocuire a medicamentului prescris.

Art. 49. — Asigurarea asistenței medicale, a îngrijirii la domiciliul bolnavului și a ajutorului în menaj se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unități specializate sau cu persoane fizice. Casa de asigurări de sănătate poate colabora cu organizații caritabile și de întrautorare.

Art. 50. — Asistența medicală de urgență și alte tipuri de transporturi medicale se acordă prin servicii de ambulanță județene și al municipiului București, iar plata acestor servicii se asigură pe baza contractului care se încheie între serviciile de ambulanță și casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.

CAPITOLUL V

Finanțarea serviciilor medicale*Secțiunea 1***Constituirea fondurilor de asigurări sociale de sănătate**

Art. 51. — Fondul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și fondurile caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se formează din:

a) contribuții ale persoanelor fizice și juridice, în părți egale;

b) subvenții de la bugetul de stat și de la bugetele locale;

c) alte venituri.

Art. 52. — (1) Persoana asigurată are obligația plății unei contribuții bănești lunare pentru asigurările sociale de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6 și 55.

(2) Quantumul contribuției bănești lunare a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 7% și se aplică la venitul brut.

(3) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se deduce din impozitul pe salariu sau din impozitul pe venit, după caz, stabilit potrivit legii, și se varsă la casa de asigurări de sănătate.

Art. 53. — (1) Persoanele juridice sau fizice care angajează personal salariat au obligația să rețină și să vireze casei de asigurări de sănătate teritoriale contribuția pentru sănătate datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă; acestea au obligația să anunțe casei de asigurări de sănătate orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor.

(2) Persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate de 7%, raportat la fondul de salarii.

Art. 54. — (1) Pentru pensionari, pentru beneficiarii ajutorului de șomaj și ai alocației de sprijin, precum și pentru persoanele care lucrează pe bază de convenții civile, contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se reține, o dată cu plata drepturilor bănești asupra cărora se calculează, de către cei care efectuează plata acestor drepturi. Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se virează casei de asigurări de sănătate la care este arondată persoana în cauză.

(2) Persoanele care nu sunt salariate și nu se încadrează în prevederile alin. (1), dar au obligația să își asigure sănătatea potrivit prevederilor prezentei legi, vor comunica, direct casei de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială își desfășoară activitatea, veniturile impozabile, în vederea stabilirii contribuției de 7% pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit legii.

Art. 55. — (1) Sunt asigurate prin efectul prezentei legi, cu scutire de plata contribuției pentru asigurările sociale de sănătate de către acestea, persoanele care:

- a) satisfac serviciul militar în termen;
- b) se află în concediu medical sau în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani;
- c) execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;

d) fac parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 67/1995 privind ajutorul social.

(2) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la alin. (1) se suportă astfel:

- a) de către bugetul de stat, pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), c) și d);
- b) de către bugetul asigurărilor sociale de stat, pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. b).

(3) Contribuțiile pentru persoanele prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin aplicarea cotei de 7% asupra sumei reprezentând valoarea a două salarii minime brute pe țară.

Art. 56. — (1) Angajatorii și asigurații care au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit prevederilor prezentei legi, și care nu o respectă datorează majorări pentru perioada de întârziere, egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor.

(2) Dacă datoria nu este achitată în termen de o lună de la data scadenței, casa de asigurări de sănătate va introduce dispoziție de încasare silită.

Art. 57. — Bugetul de stat suportă următoarele cheltuieli:

- a) pentru investițiile legate de construirea unor unități sanitare și pentru aparatura medicală de mare performanță;
- b) pentru activitatea de diagnostic, curativă și de reabilitare de importanță națională, pentru recuperarea capacității de muncă.

Art. 58. — Asigurații suportă unele plăți suplimentare privind costul medicamentelor furnizate și unele servicii medicale corespunzător reglementărilor stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, potrivit criteriilor prevăzute în contractul de asigurare de sănătate.

Art. 59. — Pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări de sănătate din județele cu dezechilibre financiare, se va vărsa, de către fiecare casă de asigurări de sănătate, o cotă de 7% în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, din încasările lunare ale acestora.

Secțiunea a 2-a

Utilizarea fondurilor de asigurări sociale de sănătate

Art. 60. — Fondurile de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru:

- a) plata medicamentelor și a serviciilor medicale acordate;
- b) cheltuieli de administrare și funcționare, în cotă de maximum 5%;
- c) fond de redistribuire, în cotă de 7%;
- d) fond de rezervă, în cotă de 5%.

Art. 61. — Fondurile rămase la finele anului se raportează în anul următor, cu destinația prevăzută la art. 60.

CAPITOLUL VI

Organizarea caselor de asigurări de sănătate

Art. 62. — Casele de asigurări de sănătate sunt instituții publice autonome, nelucrative, care desfășoară activități în domeniul asigurării sănătății.

Secțiunea 1

Organizarea administrativă

Art. 63. — Asigurările de sănătate se organizează prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București și prin oficii teritoriale.

Art. 64. — Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București pot avea, la nivelul orașului, al

municipiilor, precum și al altor localități, oficii de asigurări de sănătate, dacă numărul asiguraților este de cel puțin:

- a) 200.000 pentru orașele, municipiile și sectoarele municipiului București;
- b) 100.000 pentru alte localități.

Art. 65. — (1) Casele de asigurări de sănătate funcționează pe baza unui statut. Statutul trebuie să conțină prevederi referitoare la:

- a) denumirea și sediul casei de asigurări de sănătate;
- b) teritoriul deservit;
- c) felul, cantitatea și calitatea unor servicii care nu sunt definite expres prin lege;
- d) nivelul și modul de încasare a contribuției;
- e) numărul membrilor în organele de conducere;
- f) drepturile și obligațiile organelor de conducere;
- g) modul de adoptare a hotărârilor adunării generale a reprezentanților;
- h) organizarea activității financiar-contabile, a controlului și întocmirea bilanțului contabil anual;
- i) componența și sediul comisiei de litigii;
- j) modalitățile de publicitate.

(2) Fiecare asigurat primește un extras în care sunt specificate serviciile care se asigură, nivelul contribuției și modul de plată.

Art. 66. — Organele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt:

- a) adunarea generală a reprezentanților;
- b) consiliul de administrație, ales de adunarea generală a reprezentanților, care are un președinte și un vicepreședinte, aleși dintre membrii acestuia, și care, în termen de 6 luni, va elabora statutul casei de asigurări de sănătate.

Art. 67. — Adunarea generală a reprezentanților are ca principal obiectiv susținerea intereselor asiguraților în raporturile cu consiliul de administrație. Ea are ca atribuții:

- a) aprobă statutul și alte reglementări specifice în domeniul său de activitate, potrivit legii;
- b) aprobă bilanțul contabil și descărcarea gestiunii anului precedent pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pentru casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București;
- c) ia decizii privind administrarea patrimoniului;
- d) aprobă bugetul de venituri și cheltuieli pentru anul curent al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru casele de asigurări de sănătate teritoriale;
- e) alege o comisie de cenzori formată din 3 persoane și 3 supleanți.

Art. 68. — Consiliul de administrație reprezintă Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice și juridice.

Art. 69. — Pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează consilii de experți, care elaborează proiecte de norme metodologice pentru acordarea serviciilor medicale, aprobate de către comisia mixtă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Colegiului Medicilor din România.

Art. 70. — Membrii Consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ai comisiei de cenzori vor beneficia de o indemnizație de ședință, al cărei quantum este stabilit prin statut.

Art. 71. — (1) Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București au următoarele organe de conducere:

- a) adunarea reprezentanților;
- b) consiliul de administrație.

(2) Atribuțiile și modul de desfășurare a activității organelor de conducere prevăzute la alin. (1) se reglementează prin statut.

*Secțiunea a 2-a***Alegerea organelor de conducere ale caselor de asigurări de sănătate**

Art. 72. — (1) Alegerea organelor de conducere ale caselor de asigurări de sănătate se face prin vot secret.
 (2) O persoană poate fi aleasă pentru maximum două mandate.

Art. 73. — Organele de conducere se aleg pe o perioadă de 5 ani.

Art. 74. — Asigurații și angajatorii aleg pe reprezentanții lor, pe grupe reprezentative, astfel:

- a) pentru salariați;
- b) pentru liber-profesioniști;
- c) pentru agricultori cu gospodării individuale;
- d) pentru pensionari;
- e) pentru șomeri;
- f) pentru personal casnic;
- g) pentru elevi și studenți.

Art. 75. — (1) Norma de reprezentare este de 2 candidați la 10.000 de asigurați, dintre care un candidat al angajatorului și unul al asiguraților.

(2) Primele alegeri, modul de depunere a candidaturilor pentru adunarea generală a reprezentanților și desfășurarea alegerilor vor fi prevăzute într-un regulament electoral, care se va elabora de către comisia electorală centrală. Această comisie va fi alcătuită din 13 membri, după cum urmează:

- a) un reprezentant al Ministerului Justiției;
- b) un reprezentant al Ministerului Sănătății;
- c) un reprezentant al Ministerului Muncii și Protecției Sociale;
- d) un reprezentant al Ministerului Finanțelor;
- e) 4 reprezentanți ai sindicatelor reprezentative din țară;
- f) 3 reprezentanți al Colegiului Medicilor din România;
- g) un reprezentant al Colegiului Farmaciștilor din România;
- h) un reprezentant al Consiliului Național al Patronatului.

Art. 76. — La nivelul județului și al municipiului București, în baza regulamentului electoral, vor funcționa comisii electorale județene și, respectiv, a municipiului București, care se aprobă, în componență similară, de către comisia electorală centrală.

Art. 77. — Votul se exercită personal.

Art. 78. — (1) Alegerile au loc în același timp pentru organele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru cele ale caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București.

(2) Nu pot face parte din organele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate: ministrii, secretarii de stat, directorii din ministere, primarii, prefectii și asigurații cu funcții de conducere în sindicat.

*Secțiunea a 3-a***Serviciul medical al casei de asigurări de sănătate**

Art. 79. — Serviciul medical al casei de asigurări de sănătate elaborează și verifică documentația privind acordarea și controlul serviciilor furnizate din punct de vedere medical pentru protejarea asiguratului. De asemenea, controlează corectitudinea certificatelor medicale de boală, oportunitatea măsurilor de recuperare, îngrijirea la domiciliu și calitatea serviciilor de sănătate.

Art. 80. — (1) În cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate funcționează un serviciu medical format din 7 medici, care este condus de un medic-șef.

(2) În cadrul caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, serviciul medical este format din 2—5 medici, în raport cu numărul asiguraților, și este condus de un medic-șef.

Art. 81. — Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al casei de asigurări de sănătate județene și a municipiului București numește pe șeful serviciului medical. Comisia de numire se stabilește prin statul

CAPITOLUL VII

Controlul*Secțiunea 1***Controlul de gestiune**

Art. 82. — Controlul de gestiune al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București se face anual de către Curtea de Conturi.

*Secțiunea a 2-a***Controlul serviciilor medicale**

Art. 83. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România organizează comisii de control al serviciilor medicale care se acordă asiguraților.

Art. 84. — Controlul are ca scop verificarea îndeplinirii parametrilor calității serviciilor medicale, potrivit criteriilor elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România.

*Secțiunea a 3-a***Arbitrajul**

Art. 85. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România organizează Comisia Centrală de Arbitraj.

(2) Comisia Centrală de Arbitraj este formată din 2 arbitri delegați de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv de către Colegiul Medicilor din România.

(3) Președintele Comisiei Centrale de Arbitraj va fi un arbitru acceptat de ambele părți.

Art. 86. — (1) Arbitrii pot fi medici, juriști sau economiști, acreditați și înregistrați de Ministerul Justiției.

(2) Regulamentul de activitate a arbitrilor se stabilește de către Ministerul Justiției, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al Colegiului Medicilor din România.

Art. 87. — Hotărârile Comisiei Centrale de Arbitraj sunt obligatorii atât pentru casele de asigurări de sănătate, cât și pentru Colegiul Medicilor din România.

CAPITOLUL VIII

Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 88. — (1) Prezenta lege intră în vigoare la data de 1 ianuarie 1998, cu excepția prevederilor referitoare la funcționarea caselor de asigurări de sănătate ca instituții publice autonome, care intră în vigoare la data de 1 ianuarie 1999.

(2) În perioada 1 ianuarie 1998 — 1 ianuarie 1999, în vederea asigurării resurselor umane, materiale și financiare pentru funcționarea întregului sistem de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătății, cu avizul unei comisii constituite din câte un reprezentant al Ministerului Sănătății, al Ministerului Muncii și Protecției Sociale, al Ministerului Finanțelor, al Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România, organizează, în cadrul și pe structura direcțiilor sanitare județene, respectiv a municipiului București, structurile funcționale necesare.

(3) În perioada prevăzută la alin. (2), Ministerul Sănătății îndeplinește atribuțiile prevăzute de prezenta lege pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, iar direcțiile sanitare județene, respectiv a municipiului București, îndeplinesc atribuțiile caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București.

(4) Colectarea contribuțiilor pentru asigurările sociale de sănătate, precum și a altor fonduri, în perioada prevăzută la alin. (2), se face de către Ministerul Finanțelor, prin direcțiile teritoriale de specialitate, și se evidențiază în bilanș

cont separat. Din totalitatea fondurilor colectate, 80% vor fi administrate de către Ministerul Sănătății, iar 20% se vor constitui într-un fond de rezervă al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 89. — Rețelele sanitare aparținând altor ministere își vor adapta funcționarea la prevederile prezentei legi.

Art. 90. — (1) Fondul inițial de asigurări sociale de sănătate se formează din contribuția angajatorilor și din contribuția angajaților.

(2) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată de angajator este de 5% și se formează din:

a) 2% reprezentând contribuția reglementată de Ordonanța Guvernului nr. 22/1992 privind finanțarea ocrotirii sănătății, aprobată prin Legea nr. 114/1992;

b) 3% raportat la fondul de salarii.

(3) Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate a asiguratului se constituie astfel:

a) 5% din veniturile salariale, în cazul asiguraților care au calitatea de angajat;

b) 5% din venitul impozabil, în cazul asiguraților care lucrează pe bază de convenție civilă;

c) 5% din venitul impozabil al liber-profesioniștilor;

d) 4% din venitul agricol impozabil, anual declarat de către persoane fizice care nu au calitatea de angajat și care nu se încadrează în prevederile lit. c);

e) 4% din drepturile individuale ale pensionarilor și ale șomerilor. Din momentul începerii colectării, drepturile de pensie, de ajutor de șomaj și de alocație de sprijin se majorează cu 4%.

(4) Contribuția stabilită potrivit prevederilor alin. (3) lit. a), b) și c) se deduce din impozitul pe salariu, respectiv din impozitul pe venit.

(5) Cota de contribuție inițială pentru persoanele asigurate în condițiile art. 55 este de 5%.

(6) Ministerul Finanțelor, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Sănătății vor elabora norme metodologice pentru aplicarea prevederilor acestui articol, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a legii. Aceste norme metodologice se vor publica în Monitorul Oficial al României.

Art. 91. — În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, pentru asigurarea serviciilor medicale, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

Art. 92. — Activitatea de învățământ și de cercetare din cadrul spitalelor cu secții clinice, care sunt finanțate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate, poate beneficia de o finanțare suplimentară direct de la bugetul de stat.

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 10 iulie 1997, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (1) din Constituția României.

p. PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR
ANDREI IOAN CHILIMAN

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din 10 iulie 1997, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (1) din Constituția României.

PREȘEDINTELE SENATULUI
PETRE ROMAN

București, 24 iulie 1997.
Nr. 145.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

D E C R E T

pentru promulgarea Legii asigurărilor sociale de sănătate

În temeiul art. 77 alin. (1) și al art. 99 alin. (1) din Constituția României,

Președintele României d e c r e t e a z ă :

Articol unic. — Se promulgă Legea asigurărilor sociale de sănătate și se dispune publicarea ei în Monitorul Oficial al României.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
EMIL CONSTANTINESCU

București, 23 iulie 1997.
Nr. 453.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2-4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,
cont nr. 30.98.12.301 B.C.R. — S.M.B.

Adresa pentru publicitate : Serviciul relații cu publicul și agenții economici, București,

Str. Blanduziei nr. 1, sectorul 2, telefon 211.57.30.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 668.55.58 și 335.01.11/4028.