



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul XI — Nr. 114

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 19 martie 1999

### SUMAR

	Pagina
Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.....	1-5
★	
Norme privind modul de încasare a contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate.....	5-8

### STATUTUL Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

În temeiul art. II alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998 pentru modificarea și completarea Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997,

Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate adoptă următorul statut:

#### CAPITOLUL I

##### Dispoziții generale

Art. 1. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate este instituție publică autonomă cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește și conduce politica și strategia generală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România prin sistemul caselor de asigurări de sănătate, numite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 3. — Sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu și funcționează descentralizat, autonom, pe baza principiului solidarității și al subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor.

Art. 4. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate are sediul provizoriu în municipiul București, Str. Ministerului nr. 1-3, și funcționează în conformitate cu prevederile Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, ale prezentului statut, precum și cu alte dispoziții legale aplicabile sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 5. — Casele de asigurări de sănătate își vor elabora statute proprii în conformitate cu prevederile legale în vigoare și ale prezentului statut.

#### CAPITOLUL II

##### Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Art. 6. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuții:

1. administrează, împreună cu casele de asigurări de sănătate, Fondul de asigurări sociale de sănătate;

2. controlează garantarea dreptului asiguraților la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;

3. stabilește strategia generală a sistemului de asigurări sociale de sănătate, de colectare și de utilizare a fondurilor asigurărilor sociale de sănătate;

4. colaborează cu Ministerul Sănătății la întocmirea și la realizarea de programe de sănătate finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, precum și din alte surse. Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește, în colaborare cu Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, reprezentanți ai spitalelor și clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor și patronatelor, precum și cu reprezentanți ai populației, obiectivele programelor de sănătate publică; participă, alături de alte instituții cu răspundere în domeniu, la realizarea și implementarea proiectelor de sănătate publică, în scopul realizării unor obiective de sănătate;

5. supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

6. monitorizează și controlează modalitatea de eliberare a medicamentelor, conform prevederilor art. 48 din Legea nr. 145/1997;

7. constituie comisii de experți care elaborează proiecte de norme metodologice pentru acordarea serviciilor medicale, proiecte ce vor fi aprobate de către comisia mixtă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Medicilor din România;

8. elaborează criteriile de acreditare a furnizorilor de servicii medicale;

9. participă, alături de Colegiul Medicilor din România, la elaborarea și la revizuirea contractului-cadru, care va fi avizat de către Ministerul Sănătății și aprobat prin hotărâre a Guvernului;

10. elaborează, împreună cu Colegiul Medicilor din România, criteriile privind calitatea asistenței medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

11. elaborează, împreună cu Colegiul Medicilor din România, regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a medicilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

12. participă la acreditarea medicilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

13. acreditează personalul sanitar care poate fi admis să lucreze în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

14. organizează, împreună cu Colegiul Medicilor din România, controlul activității medicale furnizate asiguraților, conform criteriilor prevăzute la art. 31 și 32 din Legea nr. 145/1997;

15. participă anual, împreună cu Ministerul Sănătății, la elaborarea listei cuprinzând medicamente, cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripției medicale, din nomenclatorul de medicamente, de care beneficiază asigurații;

16. elaborează anual, împreună cu Colegiul Medicilor din România, liste nominale cuprinzând materialele sanitare, protezele și ortezele;

17. acreditează persoanele fizice sau juridice care pot furniza materialele prevăzute la pct. 16; stabilește cadrul general privind modul de furnizare și condițiile de plată pentru aceste materiale, care urmează a fi prevăzute în contractele directe încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori;

18. desemnează reprezentanți în comisia centrală ce va aproba procurarea aparaturii de mare performanță, alături de reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România și ai Ministerului Sănătății;

19. elaborează reglementările privind plățile suplimentare ale asiguraților pentru unele medicamente și servicii medicale suplimentare;

20. organizează un sistem de asigurare pentru răspundere civilă a furnizorilor de servicii medicale;

21. organizează, împreună cu Colegiul Medicilor din România, Comisia centrală de arbitraj și avizează regulamentul de organizare și funcționare a acesteia;

22. avizează statutele caselor de asigurări de sănătate;

23. aprobă anual bugetele caselor de asigurări de sănătate și controlează corectitudinea execuției bugetare;

24. administrează bunurile mobile și imobile, dobândite, în condițiile legii, din activități proprii, subvenții, donații sau din alte surse;

25. stabilește anual, în limitele legii, cota de contribuție a caselor de asigurări de sănătate la constituirea fondului de redistribuire și elaborează criteriile de administrare a acestuia;

26. stabilește destinația de utilizare a fondului de rezervă rămas neutilizat la finele fiecărui an;

27. asigură revizuirea, distribuirea și evidența carnetelor de asigurare;

28. asigură organizarea și ținerea evidenței statistice generale a stării de sănătate a populației;

29. efectuează prin intermediul caselor de asigurări de sănătate, direct sau prin intermediari specializați, sondaje în vederea evaluării gradului de satisfacere a asiguraților și de evaluare a calității serviciilor medicale pe baza dosarului medical și a fișelor medicilor

medicale. Rezultatele acestor sondaje vor putea influența condițiile contractelor anuale încheiate cu furnizorii de servicii de sănătate.

Art. 7. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate vor funcționa având la bază un sistem de informatizare integrat.

Art. 8. — Casele de asigurări de sănătate vor utiliza formule optime ale sistemului de încasare a contribuției. Colectarea debitelor restante la Fondul de asigurări sociale de sănătate se va efectua conform actelor normative în vigoare.

Art. 9. — Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate poate mandata unul sau mai multe organisme, cu acoperire națională sau regională, să colecteze contribuția pentru Fondul de asigurări sociale de sănătate în numele și pentru casele de asigurări de sănătate.

### CAPITOLUL III

#### Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate — atribuții, funcționare

Art. 10. — Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are următoarele atribuții:

1. aprobă și modifică statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

2. stabilește și aprobă strategia generală a sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu privire la colectarea și utilizarea fondurilor asiguraților sociale de sănătate;

3. asigură întocmirea și realizarea de programe de sănătate finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul asiguraților sociale de sănătate, precum și din alte surse;

4. supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

5. aprobă proiecte de norme metodologice pentru acordarea serviciilor medicale;

6. elaborează obiectivele programelor de sănătate;

7. participă, alături de alte instituții cu răspundere în domeniul realizării politicii sanitare a statului, la proiectarea, implementarea și coordonarea programelor de sănătate, în scopul realizării unor obiective de sănătate;

8. asigură elaborarea și revizuirea contractului-cadru;

9. aprobă criteriile privind calitatea asistenței medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

10. aprobă regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a medicilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

11. participă la acreditarea medicilor din sistemul de asigurări de sănătate;

12. aprobă criteriile de acreditare și regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a personalului sanitar;

13. asigură controlul activității medicale furnizate asiguraților, conform criteriilor prevăzute la art. 31 și 32 din Legea nr. 145/1997;

14. aprobă anual liste nominale cuprinzând materialele sanitare, protezele și ortezele;

15. aprobă criteriile de acreditare a persoanelor fizice sau juridice care pot furniza aceste materiale;

16. aprobă cadrul general privind modul de furnizare și condițiile de plată pentru aceste materiale;

17. desemnează reprezentanți în comisia centrală ce va aproba procurarea aparaturii de mare performanță, alături de reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România și ai Ministerului Sănătății;

18. aprobă reglementările privind plățile suplimentare ale asiguraților pentru unele medicamente și servicii medicale suplimentare;

19. emite norme pentru buna funcționare a activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate;

20. avizează statutele caselor de asigurări de sănătate;

21. controlează corectitudinea execuției bugetare;

22. asigură organizarea și ținerea evidenței statistice

23. stabilește destinația, la nivel național și al caselor de asigurări de sănătate, a cheltuielilor de administrare, funcționare și de capital, în limita prevederilor legale;

24. administrează bunurile mobile și imobile, dobândite, în condițiile legii, din activități proprii, subvenții, donații sau din alte surse;

25. stabilește anual criteriile de utilizare a fondului de redistribuire și administrează acest fond;

26. stabilește destinația de utilizare a fondului de rezervă rămas neutilizat la finele fiecărui an;

27. organizează concurs pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor legale, stabilind criteriile și standardele de performanță pentru ocuparea acestui post;

28. organizează concurs pentru ocuparea postului de director general al caselor de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale, stabilind criteriile și standardele de performanță pentru ocuparea acestui post;

29. stabilește criteriile și condițiile de numire a medicului-șef al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate, prin elaborarea unui regulament de funcționare a serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ale caselor de asigurări de sănătate;

30. poate aproba cererea de revocare a președintelui, formulată de membrii săi, pentru motive temeinice și legale;

31. alte atribuții date în competență prin lege sau prin prezentul statut.

Art. 11. — Membrii consiliilor de administrație ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie cetățeni români;

b) să nu fie în incapacitate judiciară și să nu aibă cazier judiciar;

c) să aibă vârsta de cel puțin 25 de ani.

Art. 12. — Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este format din 15 membri numiți de către: puterea executivă (5 membri), sindicatele reprezentative, prin consens (5 membri) și patronatele reprezentative, prin consens (5 membri), în condițiile legii.

Art. 13. — Consiliul de administrație este legal constituit și funcționează începând cu data la care sunt numiți cel puțin 11 membri.

Art. 14. — Consiliul de administrație se întrunește ori de câte ori este necesar, dar cel puțin o dată pe lună, și ia decizii valabile în prezența a cel puțin 11 membri, cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

Art. 15. — Convocarea consiliului de administrație va fi făcută de către președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Convocarea de către președinte poate fi făcută și la solicitarea a cel puțin unei treimi din numărul membrilor consiliului de administrație.

Art. 16. — (1) Consiliul de administrație își alege 2 vicepreședinți în condițiile legii.

(2) Consiliul de administrație mandatează pe unul dintre cei 2 vicepreședinți să îl înlocuiască pe președinte în caz de forță majoră.

Art. 17. — Consiliul de administrație aprobă organigrama Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 18. — Consiliul de administrație numește cenzorii și cenzorii supleanți.

Art. 19. — Membrii consiliului de administrație, cu excepția președintelui și a vicepreședinților, nu sunt salariați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și primesc o indemnizație lunară în condițiile legii.

Art. 20. — (1) Președintele consiliului de administrație este și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Pentru motive temeinice și legale, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu acordul consiliului de administrație, poate solicita revocarea oricărui membru al acestuia.

(3) Președintele consiliului de administrație are următoarele

a) în exercitarea mandatului său emite ordine în vederea realizării hotărârilor consiliului de administrație;

b) reprezintă Casa Națională de Asigurări de Sănătate în relațiile cu terții și este ordonator principal de credite;

c) conduce activitatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, a statutului și a hotărârilor consiliului de administrație;

d) numește, prin ordin, în baza concursului, directorul general, în condițiile legii;

e) convoacă consiliul de administrație și conduce, de regulă, ședințele acestuia;

f) desemnează experții de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, din lista de experți aprobată de consiliul de administrație;

g) răspunde de aducerea la îndeplinire a hotărârilor consiliului de administrație;

h) promovează imaginea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) alte atribuții prevăzute de lege, de prezentul statut și de consiliul de administrație.

Art. 21. — Președintele consiliului de administrație poate numi, cu delegație, un director general până la ocuparea postului, conform legii.

Art. 22. — Președintele consiliului de administrație poate delega atribuții de reprezentare oricărui vicepreședinte sau membru al consiliului de administrație ori unor persoane din aparatul executiv al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 23. — (1) Atribuțiile vicepreședinților consiliului de administrație, stabilite de acesta, sunt următoarele:

a) urmăresc aducerea la îndeplinire a hotărârilor consiliului de administrație, încredințate de către președinte;

b) preiau, în caz de forță majoră, atribuțiile președintelui;

c) îndeplinesc și funcția de vicepreședinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) alte atribuții prevăzute de lege, de prezentul statut și de hotărârile consiliului de administrație.

(2) Mandatele vicepreședinților încetează prin demisie, prin deces sau prin revocarea de către consiliul de administrație, cu votul a cel puțin două treimi din numărul consilierilor.

## CAPITOLUL IV

### Relațiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu casele de asigurări de sănătate

Art. 24. — Atribuțiile consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate sunt:

1. administrează bunurile mobile și imobile, dobândite de casa de asigurări de sănătate în condițiile legii;

2. încheie contractele de furnizare de servicii medicale;

3. urmăresc realizarea serviciilor medicale pe baza criteriilor cost/performanță;

4. urmăresc colectarea contribuțiilor la Fondul de asigurări sociale de sănătate;

5. au dreptul de a utiliza toate posibilitățile legale, în vederea colectării cât mai eficiente a fondurilor asigurărilor sociale de sănătate;

6. administrează Fondul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 25. — (1) Casele de asigurări de sănătate elaborează și înaintează rapoarte cuprinzând toate datele solicitate de către Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate participă prin reprezentanți, atunci când sunt convocați, la întrunirile organizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Consiliile de administrație ale caselor de asigurări de sănătate angajează, prin președintele de director general.

(4) Consiliile de administrație ale caselor de asigurări de sănătate aprobă regulamentul de funcționare și funcționare, precum și regulamentul de ordine interioară.

Art. 26. — (1) În termen de 15 zile de la aprobarea prezentului statut consiliile de administrație ale caselor de asigurări de

obținerea avizului favorabil din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care va controla legalitatea acestor statute.

(2) Consiliile de administrație ale caselor de asigurări de sănătate pot înființa oficiile teritoriale necesare, conform prevederilor legale și regulamentului de înființare și funcționare elaborat de către Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 27. — (1) În conformitate cu art. 1 alin. (1) din Legea nr. 145/1997 și în vederea îndeplinirii prevederilor legale referitoare la ocrotirea stării de sănătate a asiguraților, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va monitoriza activitatea celorlalți asigurați din domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Monitorizarea se va axa pe respectarea tuturor obiectivelor, normelor, criteriilor și procedurilor de acreditare elaborate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de alte instituții abilitate legal.

(3) Nerespectarea acestor reguli poate conduce la suspendarea sau la anularea acreditării.

## CAPITOLUL V

### Felul, cantitatea și calitatea unor servicii care nu sunt definite expres în lege

Art. 28. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va revizui și va putea înainta Guvernului spre aprobare prin hotărâre contractul-cadru, după negocierea acestuia împreună cu Colegiul Medicilor din România.

(2) Normele de aplicare a contractului-cadru vor putea fi actualizate sau revizuite ori de câte ori va fi necesar.

Art. 29. — (1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate hotărăște oportunitatea reasigurării acesteia în vederea consolidării sistemului de garantare a continuității acordării serviciilor medicale pentru asigurați.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va organiza un sistem de asigurări pentru răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relații contractuale cu sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 30. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, va consolida calitatea actului medical prin standardizarea serviciilor medicale, pentru eliminarea costurilor ineficiente sau inutile.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va crea un sistem de bonificație pentru furnizorii de servicii medicale, care au activitate directă de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor crea un sistem de bonificație pentru furnizorii de servicii medicale care activează în zone defavorizate ale țării.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, va sprijini activitatea individuală a medicilor de familie și a asociațiilor acestora în vederea creșterii gradului de asigurare a asistenței medicale la nivel primar.

Art. 31. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, va încuraja aplicarea managementului calității serviciilor medicale, în general, și a laboratoarelor clinice, în particular, ca modalitate de eliminare a consumului ineficient și excesiv de resurse financiare.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va elabora și va actualiza studii financiare asupra costurilor reale ale serviciilor medicale, pentru stabilirea unor criterii clare și exacte în vederea introducerii mecanismelor de plată pe serviciu medical la nivelul asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu și din spital (tarif pe persoană internată, pe serviciu medical, pe zi de spitalizare și tarife negociate pentru anumite prestații medicale).

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va asigura acoperirea costurilor serviciilor medicale de urgență și de urgență

acestor prestații cu serviciul de ambulanță sau cu alte servicii acreditate.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va constitui fonduri distincte și va organiza structuri adecvate, destinate pregătirii personalului propriu.

(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va putea angaja consultanță la un nivel relevant de expertiză, în vederea interpretării de date statistice, simulării de noi modele de asistență medicală etc.

Art. 32. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate va iniția, împreună cu instituții ce au vocația legală de a propune și promova proiecte de acte normative, acele acte care sunt necesare pentru asigurarea continuării reformei sistemului sanitar, în mod deosebit a sistemului de asigurări sociale de sănătate.

## CAPITOLUL VI

### Nivelul și modul de încasare a contribuției

Art. 33. — Nivelul contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate datorate de către angajatori și asigurați este cel stabilit de normele legale.

Art. 34. — Modul de încasare a contribuției este stabilit de Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor legale, avându-se în vedere, în special, celeritatea colectării, conform metodologiei cuprinse în Normele privind modul de încasare a contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate, publicate o dată cu prezentul statut.

## CAPITOLUL VII

### Drepturile și obligațiile organelor de conducere

Art. 35. — (1) Președintele Consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate va desemna membrii consiliului de administrație, care vor îndruma și vor controla nemijlocit activitatea consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate, sub aspectul legalității activității și al respectării prevederilor prezentului statut. Consiliul de administrație va stabili, în vederea îndeplinirii acestor îndatoriri, un fond pentru susținerea activității în teritoriu a membrilor săi.

(2) Consiliile de administrație ale caselor de asigurări de sănătate pot practica pentru membrii lor un sistem de asigurare pentru răspundere civilă.

(3) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate va adopta hotărâri pentru îndeplinirea prevederilor art. 103 alin (4) din Legea nr. 145/1997, astfel cum a fost modificat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998.

## CAPITOLUL VIII

### Departamentul de jurisdicție

Art. 36. — (1) În cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se va organiza și va funcționa Departamentul juridic, format din personal de specialitate, care, pe lângă atribuțiile stabilite în regulamentul de organizare și funcționare, va arbitra litigiile născute între casele de asigurări de sănătate.

(2) Departamentul juridic din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate va fi informat în permanență de către direcțiile juridice ale caselor de asigurări de sănătate despre litigiile înregistrate și despre soluțiile pronunțate.

Art. 37. — În vederea creării unei practici unitare în soluționarea litigiilor legate de încheierea, încetarea, executarea, modificarea ori interpretarea clauzelor contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va emite decizii de îndrumare.

Art. 38. — La cererea consiliului de administrație, Departamentul juridic al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se pronunță asupra legalității statutelor și contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate.

## CAPITOLUL IX

**Organizarea activității financiar-contabile, a controlului și întocmirea bilanțului contabil anual**

Art. 39. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va controla activitatea financiar-contabilă, de gestiune și bilanțul contabil anual al caselor de asigurări de sănătate, în vederea evidențierii necesității alocării unor resurse suplimentare din fondul de redistribuire, pentru urmărirea utilizării acestor resurse, precum și pentru stabilirea destinației fondurilor rămase neutilizate la finele anului.

(2) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate va elabora, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului statut, criteriile de stabilire a oportunității, precum și a mărimii cotei alocabile din fondul de redistribuire.

Art. 40. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate va ține evidența contabilă în lei, va întocmi darea de seamă contabilă și contul de execuție în conformitate cu dispozițiile Legii contabilității nr. 82 /1991, cu modificările ulterioare, și cu regulamentul de aplicare a acesteia.

Art. 41. — Controlul de gestiune al caselor de asigurări de sănătate va fi efectuat anual de către Curtea de Conturi.

## CAPITOLUL X

**Cenzorii**

Art. 42. — (1) Gestiunea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este controlată de 3 cenzori și de 3 cenzori supleanți.

(2) Pentru îndeplinirea atribuțiilor, cenzorii răspund solidar.

Art. 43. — (1) Durata mandatului cenzorilor este de 3 ani, ei putând fi realeși pentru cel mult încă un mandat. Cenzorii își exercită personal mandatul.

(2) Cel puțin unul dintre cenzori trebuie să fie expert contabil sau contabil autorizat în condițiile legii.

Art. 44. — Cenzorii sunt remunerați cu sume stabilite de consiliul de administrație.

Art. 45. — Atribuțiile cenzorilor sunt:

a) să supravegheze și să controleze gestiunea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) să verifice dacă darea de seamă contabilă și contul de execuție sunt legal întocmite în concordanță cu normele metodologice în vigoare;

c) să prezinte consiliului de administrație raportul privind darea de seamă contabilă și contul de execuție.

Art. 46. — Obligațiile cenzorilor sunt:

a) să facă lunar, inopinat, inspecții și controale ale casei și să verifice existența titlurilor sau a valorilor care sunt proprietatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ori care au fost primite în gaj, cautiune sau depozit;

b) să participe la ședințele consiliului de administrație, când sunt invitați, putând face propuneri ori de câte ori consideră că este necesar.

Art. 47. — Cenzorii deliberează împreună, iar în caz de divergență, vor întocmi rapoarte separate, pe care le vor prezenta consiliului de administrație.

Art. 48. — Pe toată durata mandatului cenzorii sunt obligați să păstreze confidențialitatea activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a documentelor și a actelor acesteia.

Art. 49. — Cenzorii sunt obligați să țină un registru special al deliberărilor.

Art. 50. — Cenzorii îndeplinesc și alte atribuții prevăzute de lege.

## CAPITOLUL XI

**Modalitățile de publicitate**

Art. 51. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate este obligată să folosească, direct sau prin terți acreditați, orice mijloc de informare în masă pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților.

(2) În vederea informării sistematice a asiguraților, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va edita o publicație periodică, precum și un îndrumar anual de informare generală.

## CAPITOLUL XII

**Dispoziții tranzitorii și finale**

Art. 52. — (1) Prezentul statut este aprobat, în condițiile legii, astăzi, 15 februarie 1999, de către Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în următoarea componență: Adrian Cojocaru, Cristel Crețu, Marius Petcu, Tudor Urlea, Ion Popescu, Andrei Gherghinescu, Valeriu Simion, Viaceslav Beliovschi, Emil Manolache, Petru Armean, Iuliu Bara, Dan Romulus Șerban, Constantin Dumitrache și Ioan Pascu, și va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) În perioada 1 ianuarie 1999 — 31 decembrie 2002 prevederile prezentului statut vor fi aplicate prin raportare la prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 30/1998 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 72/1998.

Art. 53. — Prezentul statut va intra în vigoare la data publicării lui în Monitorul Oficial al României, Partea I.

★

**N O R M E****privind modul de încasare a contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate**

Începând cu anul 1999 casele de asigurări de sănătate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate își constituie fondurile de asigurări sociale de sănătate, astfel:

**A. Contribuția angajatorului**

1. Persoanele juridice sau fizice care angajează personal salariat au obligația să vireze casei de asigurări de sănătate contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, în cotă de 7%, raportată la fondul de salarii.

În fondul de salarii, în sensul prezentelor norme, se înțelege sumă câștig brut salariale realizate lunar de către salariații angajați cu contract individual de muncă, inclusiv sumele plătite, potrivit legii, din acest fond, pentru concediile medicale.

În mod corespunzător se calculează și contribuția datorată de organizațiile cooperatiste meșteșugărești, cota de 7% aplicându-se asupra veniturilor brute lunare acordate membrilor cooperatori.

Pentru persoanele trimise în străinătate în vederea îndeplinirii unor sarcini speciale, va fi calculată contribuția în funcție de perioada

cazul contribuției de asigurări sociale de stat, în raport cu drepturile salariale corespunzătoare funcției în care persoana este încadrată în țară.

2. Contribuțiile pentru asigurările sociale de sănătate datorate de angajator, potrivit pct. 1, se virează la casele de asigurări de sănătate teritoriale, cu excepția angajatorilor prevăzuți la art. 3 din Ordonanța Guvernului nr. 56/1998, care virează contribuțiile la Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, și a angajatorilor prevăzuți în Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 41/1998, care virează contribuțiile la Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor.

3. Angajatorii vor elibera salariaților proprii, la cerere, documentele justificative care să ateste calitatea acestora de asigurați și plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, stabilită prin lege, în funcție de perioada

## B. Contribuția asiguraților

4. Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate datorată de persoanele asigurate se constituie astfel:

a) o cotă de 7% aplicată asupra veniturilor salariale brute (în bani și în natură), realizate lunar de angajații cu contract individual de muncă pe durată determinată sau nedeterminată, asupra veniturilor brute realizate de membrii cooperatori ai organizațiilor cooperatiste; în categoria veniturilor salariale brute se includ și indemnizațiile acordate, potrivit legii, pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani, precum și indemnizațiile acordate, în condițiile legii, personalului care lucrează în sectorul producției de apărare, pentru perioada de întrerupere a activității.

Evaluarea produselor acordate ca plată în natură se face în condițiile prevăzute de Legea nr. 32/1991 privind impozitul pe salarii, republicată, cu modificările ulterioare.

Contribuția calculată potrivit prevederilor de mai sus se înscrie într-o coloană distinctă a statului de salarii, sub denumirea „Contribuția de asigurări sociale de sănătate”, diferența care excede impozitului pe salariu suportându-se de către asigurat din veniturile salariale nete;

b) o cotă de 7% calculată de angajator asupra venitului impozabil realizat lunar de către angajații care lucrează pe bază de convenție civilă.

În sensul prevederilor Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, membrii în consiliile de administrație, cenzorii, membrii adunării generale a acționarilor, consilierii care participă la ședințele consiliilor județene sau locale sau la alte ședințe pentru care primesc indemnizații potrivit legii, membrii diverselor comisii, care primesc indemnizații pentru activitatea prestată, persoanele beneficiare de indemnizații și de alte drepturi impozabile potrivit dispozițiilor legale în vigoare se asimilează cu persoanele încadrate pe bază de convenție civilă de prestări de servicii;

c) o cotă de 7% aplicată asupra venitului impozabil al liber-profesioniștilor.

Prin *liber-profesioniști* se înțelege:

— persoanele care realizează venituri din activități desfășurate pe bază de liberă inițiativă, din drepturi de autor, inclusiv drepturile conexe, din cesionare, din închirieri, precum și din valorificarea unor astfel de drepturi dobândite prin moștenire;

— persoanele care realizează venituri din servicii prestate și din lucrări executate, din livrări de mărfuri, invenții și inovații, precum și venituri asimilate acestora, altele decât cele menționate mai sus.

Contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru liber-profesioniști se stabilește astfel:

— în cazul persoanelor impuse pe baza venitului efectiv realizat, prin aplicarea cotei de 7% la venitul impozabil determinat de organele fiscale ca diferență între totalul veniturilor încasate, în bani și în natură, din activitatea desfășurată și din cheltuielile efectuate pentru realizarea veniturilor.

În situația în care cheltuielile efectuate pentru realizarea veniturilor depășesc veniturile realizate, calcularea contribuției de asigurări sociale de sănătate se face la solicitarea expresă a asiguratului, pe baza venitului impozabil declarat de acesta în scopul calculării contribuției. Acest venit nu va fi totuși mai mic decât tranșa minimă de venit anual impozabil pentru această categorie de venituri, respectiv 3.000.000 lei;

— în cazul persoanelor impuse pe bază de norme anuale de venit, prin aplicarea cotei de 7% la norma de venit, stabilită prin hotărâre a consiliilor județene sau a Consiliului General al Municipiului București.

În situația în care persoanele menționate mai sus beneficiază de o reducere a normelor de venit, cota se va aplica la norma redusă, determinată potrivit reglementărilor în vigoare pentru impunerea veniturilor respective;

— în cazul persoanelor supuse plății unui impozit forfetar trimestrial, o parte reprezentând 15% din impozitul forfetar se va vărsa la Fondul de asigurări sociale de sănătate, diferența de impozit de 85% urmând a fi virată la bugetul local;

— în cazul persoanelor care realizează venituri din drepturi de

precum și din valorificarea unor astfel de drepturi dobândite prin moștenire, prin aplicarea unei cote de 7% asupra venitului impozabil determinat potrivit reglementărilor în vigoare aferente categoriei respective de venit.

Aceste prevederi se aplică și persoanelor care realizează venituri din servicii prestate și din lucrări executate, livrări de mărfuri, invenții și inovații, precum și venituri asimilate acestora, altele decât cele menționate;

d) plata contribuției de asigurări sociale de sănătate calculate conform prevederilor lit. b) și c) se face integral, diferența care excede impozitului din care se deduce suportându-se de către asigurat din veniturile sale;

e) o cotă de 7% aplicată asupra venitului agricol impozabil declarat anual de către persoanele fizice care nu sunt asigurate în condițiile prevăzute la lit. a) și c).

Veniturile agricole impozabile care stau la baza calculării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate se determină pe baza normelor de venit stabilite prin hotărâre a Guvernului;

f) o cotă de 7% aplicată asupra drepturilor individuale ale pensionarilor.

În sensul prevederilor Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, ajutoarele sociale acordate în baza legislației de pensii, precum și pensiile I.O.V.R. se asimilează cu pensiile de asigurări sociale de stat;

g) o cotă de 7% aplicată asupra drepturilor individuale ale șomerilor, respectiv asupra ajutorului de șomaj, după caz ajutorului de integrare profesională sau alocației de sprijin.

În sensul prevederilor Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, ajutoarele acordate cadrelor militare trecute în rezervă fără drept la pensie și ajutoarele acordate militarilor angajați pe bază de contract se asimilează cu ajutorul de șomaj.

5. Contribuțiile asiguraților prevăzuți la pct. 4 se virează la casele de asigurări de sănătate teritoriale, cu excepția asiguraților prevăzuți la art. 3 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 56/1998, pentru care contribuțiile se virează la Casa Asigurarilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, și a asiguraților prevăzuți la art. 12 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 41/1998, pentru care contribuțiile se virează la Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor.

6. Persoanele care beneficiază de asigurările sociale de sănătate fără plata contribuției, potrivit art. 6 din Legea nr. 145/1997, astfel cum a fost modificat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998, vor face dovada încadrării în una dintre categoriile enumerate în articolul menționat, prin documente justificative potrivit fiecărei categorii. Aceste documente vor fi prezentate casei de asigurări de sănătate la care sunt arondați.

Asiguratul are obligația de a anunța medicul de familie despre orice schimbare care poate conduce la modificarea condițiilor de dobândire a calității de asigurat fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate.

7. Fondul de asigurări sociale de sănătate se constituie și se derulează prin următoarele conturi:

— 30.15 „Disponibil din Fondul de asigurări sociale de sănătate”, deschis la trezoreria municipiului reședință de județ pe seama casei de asigurări de sănătate județene.

Pentru fondul de rezervă se deschide la trezoreria statului, pe seama caselor de asigurări respective, contul 50.43 „Disponibil din fondul de rezervă constituit conform Legii nr. 145/1997”, iar la Sucursala municipiului București a Băncii Comerciale Române — S.A. se deschide contul 64.89 „Disponibil din fondul de rezervă constituit conform Legii nr. 145/1997”.

La finele anului, soldul contului menționat mai sus se raportează în anul următor având următoarea destinație stabilită prin lege:

a) plata medicamentelor și a serviciilor medicale contractate și decontate;

b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital, potrivit bugetului de venituri și cheltuieli al caselor de asigurări respec-

Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate are deschis la Sucursala municipiului București a Băncii Comerciale Române — S.A. contul 64.88 „Disponibil de asigurări sociale de sănătate”.

În acest cont se înregistrează sumele încasate decadal de la casele de asigurări de sănătate în structura prevăzută mai sus, sume provenite din fondul propriu de rezervă la finele anului.

În municipiul București se deschide contul 64.99 „Disponibil din Fondul de asigurări sociale de sănătate” la Sucursala municipiului București a Băncii Comerciale Române — S.A., pe seama Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casei de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei de Asigurări de Sănătate a Transporturilor.

În conturile menționate mai sus se încasează contribuțiile stabilite de lege, sumele primite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate din fondul de redistribuire, precum și alte venituri obținute în condițiile legii.

Tot în conturile de mai sus se înregistrează plățile dispuse pentru:

— virarea, decadal, a cotei stabilite pentru fondul de redistribuire constituit la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

— constituirea la finele fiecărei luni a fondului de rezervă la nivelul caselor de asigurări de sănătate în limita a 5% din veniturile încasate, influențate cu sumele virate la fondul de redistribuire, precum și din alte venituri obținute în condițiile legii.

De asemenea, în acest cont se înregistrează plățile pentru:

— constituirea, lunar, a fondului de rezervă în limita a 5% din sumele încasate în cont, care se evidențiază în contul 64.89 „Disponibil din fondul de rezervă constituit conform Legii nr. 145/1997”, deschis la Sucursala municipiului București a Băncii Comerciale Române — S.A., pe seama Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Soldul contului 64.89 rămas neutilizat la finele anului se raportează în anul următor și se folosește potrivit destinației stabilite de Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

— redistribuirea la casele de asigurări de sănătate cu venituri reduse;

— cheltuieli de administrare, funcționare și de capital, pe baza bugetului propriu de venituri și cheltuieli.

8. Contribuțiile pentru Fondul de asigurări sociale de sănătate se varsă de către persoanele juridice sau fizice prevăzute la lit. A și B în contul deschis la trezoreriile statului (cont 30.15), astfel:

a) contribuțiile prevăzute la pct. 4 lit. a) și b) se rețin de către angajator din impozitul pe salariu sau pe venit, datorat de către asigurați, precum și direct din veniturile salariale sau din venitul pentru partea care excede impozitului din care s-a dedus contribuția și se virează la termenul stabilit pentru virarea impozitului pe salarii și pe venit;

b) contribuția prevăzută la pct. 4 lit. c) se plătește de către liber-profesionist o dată cu plata impozitului pe venit, reducându-se impozitul pe venit datorat la buget, și direct din veniturile sale pentru partea care excede impozitului din care s-a dedus contribuția.

În cazul persoanelor care realizează venituri din drepturi de autor, inclusiv drepturile conexe, din cesionarea, din închirierea, precum și din valorificarea unor astfel de drepturi dobândite prin moștenire, contribuția de asigurări sociale de sănătate se calculează și se reține de către fiecare plătitor de venit, la fiecare plată, și se virează la termenul stabilit pentru virarea impozitului pe venit respectiv.

Aceste prevederi se aplică și în cazul persoanelor care realizează venituri din servicii prestate și din lucrări executate, din livrări de mărfuri, invenții și inovații, precum și venituri asimilate acestora, altele decât cele menționate.

În situația în care, în urma definitivării impunerii pentru anul 1999, a rezultat plata unei contribuții mai mari decât cea legal datorată, aceasta se va regulariza cu suma contribuției datorate pe termenul stabilit de lege.

c) contribuțiile prevăzute la pct. 4 lit. e) se plătesc de către persoanele asigurate, până la finele trimestrului sau ale anului, potrivit aprobării Consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prin organele fiscale teritoriale sau prin alte organe ce vor fi stabilite de către acesta. Suma ce se achită în acest caz se stabilește în raport cu veniturile agricole anuale, rezultate din normele de venit aprobate prin hotărâre a Guvernului;

d) contribuția prevăzută la pct. 4 lit. f) și g) se reține lunar de către administratorii fondurilor de pensii și, respectiv, ai Fondului pentru plata ajutorului de șomaj din drepturile individuale ale pensionarilor, ale beneficiarilor de ajutor de șomaj sau de alocație de sprijin și se virează lunar la aceeași dată la care se virează poștele drepturile de bază.

Pentru drepturile lunare curente, datele de virare corespund cu datele de depunere la poșta a celei de-a doua tranșe a sumei de achitat, respectiv:

— 8 a lunii, pentru contribuția de asigurări sociale de sănătate aferentă drepturilor de pensie pentru agricultori, beneficiari de ajutor de șomaj, alocație de sprijin sau ajutor de integrare profesională;

— 18 a lunii, pentru pensiile de asigurări sociale de stat și militare.

Oficiile de specialitate teritoriale ale Ministerului Muncii și Protecției Sociale, precum și cele centrale ale Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne și Serviciului Român de Informații vor lua măsuri de diminuare a sumelor virate cu valoarea contribuției de asigurări sociale de sănătate, calculată pentru eventuale mandate reținute de la achitare.

Virarea contribuției de asigurări sociale de sănătate, aferentă drepturilor restante de pensie de asigurări sociale de stat, ce se achită suplimentar prin mandat poștal în perioada 23 – 27 a fiecărei luni, se va face în perioada 19 – 21 a lunii.

În cazul în care se constată că au fost virate la Fondul de asigurări sociale de sănătate contribuții pentru persoane care nu mai beneficiau de dreptul de pensie sau de ajutor de șomaj, ordonatorii de credite pot efectua regularizări prin diminuarea viramentelor, pe baza unor tabele justificative, cu ocazia plăților care urmează a fi făcute în termen de o lună.

Pentru a nu se diminue drepturile individuale de pensii, de ajutor de șomaj și de alocație de sprijin, acestea se vor majora, începând cu data de 1 ianuarie 1999, cu suma corespunzătoare majorării contribuției de la 4% la 7%, care constituie contribuția datorată la asigurările sociale de sănătate;

e) contribuția pentru persoanele asigurate în condițiile art. 55 alin. (1) lit. a), c) și d) din Legea nr. 145/1997 se calculează prin aplicarea cotei de 7% asupra valorii a două salarii minime brute pe țară, se suportă de la bugetul de stat și se prevede anual, după caz, în bugetele Ministerului Muncii și Protecției Sociale, Ministerului Justiției, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne și Serviciului Român de Informații, la titlul „Transferuri”.

Lunar, până la data de 10 a lunii curente pentru luna expirată, primarii comunică direcției generale de muncă și protecție socială județene, respectiv a municipiului București, situația cuprinzând persoanele din familiile beneficiare de ajutor social pentru care plata contribuției de asigurări sociale de sănătate se suportă de la bugetul de stat.

Pentru persoanele din familiile beneficiare de ajutor social primăria eliberează adevăruri din care să rezulte calitatea de beneficiar de ajutor social.

Contribuția calculată potrivit alineatului precedent se virează în conturile menționate la pct. 7, în termen de 10 zile de la comunicarea de la consiliile locale.

Consiliile locale răspund pentru comunicarea la timp și pentru exactitatea datelor transmise;

f) contribuția pentru persoanele asigurate în condițiile art. 55 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 145/1997, astfel cum a fost modificată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998, calculată prin aplicarea cotei de 7% asupra valorii a două salarii minime brute pe țară, se suportă de la bugetul de stat și se prevede anual, după caz, în bugetele Ministerului Muncii și Protecției Sociale, Ministerului Justiției, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne și Serviciului Român de Informații, la titlul „Transferuri”.

de stat și se virează lunar de către angajatorii care plătesc drepturile pentru concediile medicale sau concediile medicale pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 6 ani, la termenele prevăzute pentru virarea impozitului pe salarii, diminuându-se contribuția la asigurările sociale cu sumele vărsate corespunzătoare zilelor lucrătoare în care s-au aflat în incapacitate de muncă.

Potrivit art. 55 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 145/1997 contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată pentru persoanele prevăzute la art. 55 alin. (1) lit. b) se suportă de către bugetul asigurărilor sociale de stat pentru întreaga perioadă în care persoana 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, conform prevederilor art. 71 alin. 3-5 și ale art. 72 din Legea nr. 3/1977, astfel cum a fost modificată prin Legea nr. 49/1992.

Calculul sumelor datorate la asigurările sociale de sănătate se efectuează astfel:

Salariul minim brut pe țară x 2 x 7%	x	Numărul de zile lucrătoare în care s-a
Numărul de zile lucrătoare din luna în care se face calculul		aflat în incapacitate de muncă, din luna pentru care se face calculul.

În cazul beneficiarilor de certificate medicale pentru program redus, calculul contribuției se face proporțional cu orele cumulate de program redus din cursul lunii.

În cazul în care salariatul beneficiază, în luna în care se face calculul contribuției, atât de indemnizația de concediu medical, cât și de salariu pentru zilele efectiv lucrate, baza de calcul a contribuției personale a asiguratului este formată numai din veniturile salariale, fără a se include indemnizația pentru concediu medical;

g) persoanele care nu beneficiază de calitatea de asigurat în condițiile prevăzute la art. 55 și la art. 52 alin (2) din Legea nr. 145/1997, astfel cum au fost modificate prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998, se asigură direct prin casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile art. 54 alin. (2) din legea menționată;

h) persoanele fără venituri proprii, care sunt îngrijite în unități de asistență socială, au obligația să se asigure la casele de asigurări de sănătate, prin grija conducerii acestor unități;

i) persoanele care declară că nu au venituri sau că au venituri sub plafoanele prevăzute de Legea nr. 67/1995 vor face dovada celor declarate prin adeverință eliberată de primarul localității în

care își au domiciliul, în care se precizează motivele pentru care nu beneficiază de prevederile acestei legi.

9. Dovada calității de asigurat se va face cu carnet sau cu orice alt mijloc material ce va fi stabilit de către Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Acest document va constitui unica modalitate de a dovedi calitatea de asigurat, va fi model unic pentru asigurații caselor de asigurări de sănătate și va fi netransmisibil.

10. Până la intrarea în posesia carnetului de asigurări sociale de sănătate, calitatea de asigurat va fi dovedită la unitățile sanitare cu: adeverință de la angajator — salariații și cei angajați cu convenție civilă de prestări de servicii; document de la organele fiscale — liber-profesioniștii, agricultorii; documentul cu care primesc drepturile — beneficiarii Decretului-lege nr. 118/1990, ai Legii nr. 44/1994 și ai Legii nr. 42/1990; adeverință sau carnet — elevii, studenții sau ucenicii până la vârsta de 26 de ani, fără venituri din muncă; certificat de la comisia de expertiză medicală — persoanele cu handicap; document eliberat de instituțiile abilitate — militarii în termen și persoanele private de libertate; adeverință sau alt document eliberat de primăria în a cărei rază teritorială își au domiciliul — beneficiarii de ajutor social, conform Legii nr. 67/1995, persoanele fără venituri, soțul, soția, părintii, bunicii, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate.

Pentru pensionari și pentru beneficiarii de ajutor de șomaj, alocație de sprijin sau ajutor de integrare profesională, dovada achitării contribuției de asigurări sociale de sănătate se face cu talonul mandatului poștal de achitare a drepturilor sau cu talonul de plată prin cont curent personal deschis la o unitate bancară. Aceste documente au înscrisă în rubrici distincte valoarea contribuției de asigurări sociale de sănătate, defalcată pe surse de proveniență. În cazul pierderii acestor documente sau până la dobândirea lor, calitatea de pensionar sau de beneficiar al Legii nr. 1/1991, republicată, cu modificările ulterioare poate fi dovedită cu decizia de pensionare, carnetul de evidență a drepturilor de șomaj sau cu o adeverință eliberată de instituția care administrează fondurile respective.

11. Pentru neplata contribuțiilor pentru asigurările sociale de sănătate la termenele stabilite potrivit prevederilor Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, se aplică majorări de întârziere egale cu cele prevăzute pentru impozitele și taxele datorate bugetului de stat.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2-4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,  
 cont nr. 50.98.12.301 B.C.R. — S.M.B.  
 Adresa pentru publicitate: Serviciul relații cu publicul și agenții economici, București,  
 Str. Dăncușiei nr. 1, sectorul 2, telefon 211.57.30.  
 Tiparul: Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 668.55.58 și 335.01.11/2178.