



# MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul 172 (XVI) — Nr. 152

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 20 februarie 2004

## SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
		ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
47.	— Decizie privind aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate .....	1-10	
		DECIZII ALE CONSILIULUI CONCURENȚEI	
		358/2003. — Decizie referitoare la stabilirea sancțiunilor pentru încălcarea prevederilor Legii concurenței nr. 21/1996 de către Societatea de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A.....	11-16

## ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

### DECIZIE

#### privind aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Având în vedere prevederile art. 60 alin. (3), ale art. 76 alin. (1) lit. a) și ale art. 77 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările ulterioare, și ale Hotărârii Consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 7 din 17 martie 2003 privind aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următoarea decizie:

Art. 1. — Se aprobă Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta decizie care va fi publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 2. — Pe data prezentei decizii orice dispoziție contrară își încetează aplicabilitatea.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Cristian Celea**

București, 16 ianuarie 2004.  
Nr. 47.

**STATUTUL****Casei Naționale de Asigurări de Sănătate****CAPITOLUL I****Dispoziții generale**

Art. 1. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare *CNAS*, este instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, în coordonarea Ministerului Sănătății, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, asigurând o funcționare unitară și coordonată a acestuia, în vederea aplicării politicilor și programelor în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății.

(2) *CNAS* are sediul în municipiul București, Calea Călărășilor nr. 248, sectorul 3, are siglă proprie, conform anexei care face parte integrantă din prezentul statut, și funcționează în baza prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările ulterioare, și ale prezentului statut.

Art. 2. — (1) Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, sunt instituții publice cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea *CNAS*.

(2) Casele de asigurări de sănătate se organizează și funcționează potrivit statutelor proprii, care respectă prevederile statutului-cadru aprobat de Consiliul de administrație al *CNAS*.

Art. 3. — (1) Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se organizează și funcționează în baza prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, și ale statutelor proprii.

(2) Statutele Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se elaborează și se aprobă de către acestea, în baza statutului-cadru, asigurându-se păstrarea specificului activității acestor structuri ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 4. — Sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu și funcționează ca un sistem unitar, respectând principiile instituite de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare.

**CAPITOLUL II****Atribuțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

Art. 5. — (1) *CNAS* are următoarele atribuții:

1. administrează și gestionează Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, împreună cu casele de asigurări de sănătate care sunt instituții subordonate *CNAS* conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002,

cu modificările ulterioare, și prezintă Ministerului Sănătății rapoarte trimestriale și anuale privind execuția bugetară;

2. propune Ministerului Sănătății proiecte de acte normative care au incidență asupra constituirii și utilizării Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

3. elaborează, implementează și gestionează procedurile și formularele unitare, avizate de Ministerul Sănătății, pentru administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

4. elaborează și actualizează Registrul unic de evidență al asiguraților, pe baza datelor transmise de casele de asigurări de sănătate;

5. elaborează și publică raportul de activitate anual și planul de activitate pentru anul următor;

6. reglementează în mod unitar un sistem de asigurări pentru răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relații contractuale în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. asigură organizarea sistemului informatic și informațional unic integrat pentru înregistrarea asiguraților și pentru gestionarea și administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Indicatorii folosiți în raportarea datelor în sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt unitari și se aprobă de către Ministerul Sănătății, la propunerea *CNAS* și a Colegiului Medicilor din România;

8. răspunde pentru activitățile proprii sistemului de asigurări sociale de sănătate în fața asiguraților, Parlamentului, Guvernului și Ministerului Sănătății;

9. elaborează strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea, utilizarea și administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

10. participă la stabilirea obiectivelor programelor de sănătate publică, în colaborare cu Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, reprezentanți ai asiguraților, spitalelor și clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor și patronatelor, ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

11. elaborează metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale, împreună cu structurile naționale ale Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și Ordinului Asistenților Medicali din România, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății;

12. elaborează pe baza consultării cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România și cu Ordinul Asistenților Medicali din România proiectul contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, până la data de 31 octombrie a anului în curs pentru anul următor. Proiectul contractului-cadru se avizează de Ministerul Sănătății, cu consultarea obligatorie a ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului;

13. elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, până la data de 15 decembrie a anului în curs pentru anul următor, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și Ordinului Asistenților Medicali din România, care se

aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS;

14. avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru elaborate de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, care se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor publice centrale cu rețele sanitare proprii;

15. negociază criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților din sistemul de asigurări sociale de sănătate, elaborate de Colegiul Medicilor din România;

16. elaborează anual, împreună cu Ministerul Sănătății și cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, lista cu medicamente de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului;

17. analizează proiectele de bugete de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate propuse de aceștia;

18. elaborează metodologia și stabilește modalitatea de gestionare și de distribuire a cardului de asigurat;

19. elaborează și propune Ministerului Sănătății strategiile necesare și acționează pentru îndeplinirea condițiilor de aderare impuse de către Uniunea Europeană ca parte integrantă a politicii guvernamentale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;

20. elaborează proiecte de norme metodologice, studii și analize în concordanță cu prevederile acquis-ului comunitar în domeniul asigurărilor sociale de sănătate pentru îndeplinirea condițiilor de aderare la Uniunea Europeană;

21. realizează studii și analize privind funcționarea, eficacitatea și performanțele sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în vederea perfecționării acestuia;

22. elaborează prognoze, strategii și politici globale privind dezvoltarea și creșterea performanțelor sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

23. îndrumă metodologic și controlează modul de aplicare a dispozițiilor legale de către casele de asigurări de sănătate;

24. negociază și contractează cu instituții abilitate de lege colectarea și prelucrarea datelor privind unele servicii medicale furnizate asiguraților, în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate;

25. acordă gratuit informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale;

26. participă la licitațiile naționale organizate de Ministerul Sănătății în vederea achiziției de medicamente și materiale sanitare specifice pentru realizarea programelor de sănătate;

27. încheie și derulează contracte de achiziții publice pentru medicamente și materiale sanitare specifice pentru realizarea programelor de sănătate;

28. administrează bunurile mobile și imobile din patrimoniul propriu, în condițiile legii;

29. asigură și controlează respectarea dreptului asiguraților la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;

30. asigură, supraveghează și controlează funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

31. asigură, monitorizează și controlează modalitatea de eliberare a medicamentelor, conform prevederilor art. 24, 25 și 26 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare;

32. constituie consilii de experți pentru elaborarea proiectelor de acte normative pe care le prezintă Ministerului Sănătății, după consultarea obligatorie a ministerelor și instituțiilor publice centrale cu rețele sanitare proprii;

33. participă la acreditarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, a medicilor, a personalului sanitar, care pot fi admiși să lucreze în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

34. organizează, împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ale Ordinului Asistenților Medicali din România, controlul activității medicale furnizate asiguraților, conform criteriilor prevăzute la art. 30 și 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, precum și stabilirea măsurilor împotriva încălcării prevederilor legale și de aplicare a sancțiunilor, potrivit cap. VIII din aceeași ordonanță de urgență;

35. organizează, împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Ordinul Asistenților Medicali din România, Comisia centrală de arbitraj;

36. elaborează, împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Ordinul Asistenților Medicali din România, regulamentul de activitate al arbitrilor din Comisia centrală de arbitraj, cu avizul Ministerului Justiției;

37. aprobă anual bugetele de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate în condițiile legii și, după caz, cu avizul ministerelor și al instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, corespunzătoare unui plan de activități, precum și obiectivele de investiții, la propunerea acestora;

38. asigură evidența statistică necesară în activitatea specifică sistemului de asigurări sociale de sănătate și colaborează cu instituții care au atribuții în domeniul statisticii;

39. efectuează, direct sau prin intermediari specializați, sondaje în vederea evaluării gradului de satisfacere a asiguraților și de evaluare a interesului manifestat de aceștia față de calitatea serviciilor medicale și asigură controlul măsurilor stabilite în gestionarea fondurilor pentru realizarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate într-un mod coerent și unitar;

40. încheie convenții de cooperare și derulează programe finanțate de organisme internaționale având ca specific asigurările de sănătate;

41. cooperează cu partenerii sociali (patronate, sindicate, societate civilă) și cu celelalte instituții cu atribuții în asigurarea și promovarea sănătății;

42. stabilește strategii de marketing pentru selecționarea furnizorilor de servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru creșterea continuă a calității serviciilor medicale acordate asiguraților;

43. dispune toate măsurile care se impun pentru asigurarea standardelor de calitate ale serviciilor medicale contractate de către casele de asigurări de sănătate pentru asigurații proprii;

44. organizează pregătirea și perfecționarea profesională a personalului propriu și al caselor de asigurări de

sănătate în cadrul unui sistem de evaluare și perfecționare continuă a acestora, în condițiile legii;

45. stabilește condițiile organizării licitațiilor în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii de bază; pachetul de servicii de bază cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale prin care CNAS asigură accesul liber și echilibrat al asiguraților la serviciile medicale;

46. asigură informarea cel puțin o dată pe an a fiecărui asigurat, prin casele de asigurări de sănătate, asupra serviciilor de care beneficiază, nivelului de contribuție și modului de plată, dar și asupra drepturilor și obligațiilor sale, precum și asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun;

47. aprobă regulamentul de funcționare a comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale;

48. reglementează, monitorizează și controlează modul de executare a contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate, ca instituții aflate în subordinea CNAS potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, și furnizorii de servicii medicale;

49. urmărește modul de constituire și funcționare a organelor de conducere ale caselor de asigurări de sănătate, astfel cum sunt reglementate prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, și stabilește atribuțiile acestora;

50. asigură logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate;

51. folosește mijloacele adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;

52. asigură activități de supraveghere și control al serviciilor medicale prin respectarea legislației și a dispozițiilor emise de către Ministerul Sănătății în exercitarea prerogativelor sale conferite de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 151/2002, cu modificările ulterioare, pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate;

53. aprobă, împreună cu Ministerul Sănătății, numărul de posturi și structura acestora pe instituții sanitare publice subordonate Ministerului Sănătății, cu încadrarea în numărul maxim de posturi, structura acestora și cheltuielile de personal potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2003 privind unele măsuri în vederea întăririi disciplinei financiare și a creșterii eficienței utilizării fondurilor în sistemul sanitar, precum și modificarea unor acte normative;

54. exercită controlul cu privire la încheierea de către casele de asigurări de sănătate a contractelor de furnizare de servicii medicale cu instituțiile sanitare publice, având în vedere dimensionarea nivelului cheltuielilor și numărul maxim de posturi în structura aprobată, conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2003;

55. analizează trimestrial, împreună cu casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prestate și redimensionează, după caz, sumele inițial contractate;

56. pentru subprogramele de sănătate finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, exercită prin casele de asigurări de sănătate controlul raportării indicatorilor, trimestrial, la unitățile

prestatoare de servicii medicale care derulează aceste subprograme;

57. elaborează norme metodologice privind finanțarea, raportarea și controlul indicatorilor specifici prevăzuți în programele, respectiv subprogramele de sănătate care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS;

58. asigură aplicarea unitară a modalităților de acordare a asistenței medicale cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, sub controlul CNAS;

59. alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Realizarea atribuțiilor ce revin CNAS, potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, este supusă controlului Ministerului Sănătății.

Art. 6. — CNAS și casele de asigurări de sănătate funcționează având la bază un sistem informatic și informațional unic integrat pentru înregistrarea asiguraților și pentru gestionarea și administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 7. — CNAS elaborează norme privind modul de încasare și de urmărire a contribuțiilor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele fizice, potrivit limitei de competență stabilite de lege, precum și norme tehnice privind constituirea și utilizarea fondului pentru acordarea de stimulente personalului din cadrul CNAS și caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite de lege.

Art. 8. — CNAS va putea angaja consultanți de specialitate în condițiile legii, pe diverse domenii de specialitate, în funcție de necesități, pentru îndeplinirea atribuțiilor prevăzute în Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, și în prezentul statut.

### CAPITOLUL III

#### Organele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Art. 9. — (1) Organele de conducere ale CNAS sunt:

- adunarea reprezentanților;
- consiliul de administrație;
- președintele;
- 2 vicepreședinți;
- directorul general.

(2) Durata mandatului organelor de conducere este de 4 ani.

#### SECȚIUNEA 1

##### Atribuțiile și funcționarea adunării reprezentanților

Art. 10. — Adunarea reprezentanților are următoarele atribuții:

- propune modificarea Statutului CNAS;
- îi alege și îi revocă pe cei 2 membri în consiliul de administrație;
- analizează repartizarea bugetului aprobat de către cei în drept și recomandă ordonatorului principal de credite cu delegație luarea măsurilor necesare pentru modificarea acestuia, în condițiile legii;

- analizează modul de utilizare a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, costurile sistemului, serviciile acordate și tarifele practicate la contractarea pachetului de servicii de bază și recomandă măsurile

legale pentru folosirea cu eficiență a fondurilor și respectarea drepturilor asiguraților;

5. aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, la propunerea președintelui CNAS.

Art. 11. — (1) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin potrivit legii și prezentului statut Adunarea reprezentanților CNAS adoptă hotărâri.

(2) Hotărârile se pot adopta în prezența a două treimi din numărul membrilor Adunării reprezentanților CNAS, cu votul favorabil al majorității membrilor prezenți.

#### SECȚIUNEA a 2-a

##### **Atribuțiile și funcționarea consiliului de administrație**

Art. 12. — (1) Consiliul de administrație al CNAS are următoarele atribuții:

1. elaborează și realizează strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;

2. aprobă statutul propriu al CNAS;

3. aprobă statutul-cadru al caselor de asigurări de sănătate, pe baza căruiua acestea își elaborează statutele proprii;

4. aprobă propriul regulament de organizare și funcționare;

5. stabilește atribuțiile vicepreședinților, la propunerea președintelui;

6. avizează strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea și utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

7. avizează proiectul bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și îl supune aprobării ordonatorului principal de credite cu delegație, în condițiile legii;

8. avizează, în condițiile legii, repartizarea pe case de asigurări de sănătate a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

9. avizează utilizarea fondului de rezervă potrivit destinațiilor stabilite prin legile bugetare anuale;

10. aprobă programul de investiții al CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

11. aprobă încheierea de convenții de cooperare și finanțare de programe cu organisme internaționale;

12. analizează semestrial stadiul derulării contractelor și împrumuturilor;

13. avizează rapoartele de gestiune anuale, prezentate de președintele CNAS, contul de încheiere al exercițiului bugetar, precum și raportul anual de activitate;

14. avizează, în baza raportului Curții de Conturi, bilanțul contabil și descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS și pentru casele de asigurări de sănătate;

15. avizează proiectul contractului-cadru și al normelor metodologice de aplicare a acestuia;

16. avizează lista medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală;

17. avizează criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților;

18. aprobă regulamentul de organizare și funcționare a comisiilor de acreditare și avizează criteriile de acreditare a personalului medical și a furnizorilor de servicii medicale;

19. aprobă criteriile de recrutare și modalitățile de formare a personalului din sistemul de asigurări sociale de sănătate;

20. aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea programului de asigurări sociale de sănătate;

21. aprobă trimestrial raportul de activitate al CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

22. aprobă organigramele CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate;

23. analizează structura și modul de funcționare ale caselor de asigurări de sănătate; stabilește măsuri de îmbunătățire a rezultatelor activității acestora;

24. verifică ca structurile actuale de asigurări de sănătate aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale cu rețele sanitare proprii să își adapteze organizarea și funcționarea la prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, cu păstrarea specificului activității acestora;

25. îndeplinește alte atribuții prevăzute în actele normative în vigoare.

(2) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin potrivit legii și prezentului statut, Consiliul de administrație al CNAS adoptă hotărâri.

Art. 13. — Consiliul de administrație al CNAS se întrunește lunar și ia hotărâri valabile în prezența a cel puțin 11 membri și cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

Art. 14. — (1) Consiliul de administrație al CNAS se întrunește în ședințe ordinare, iar convocarea acestuia se face de către președintele CNAS.

(2) Consiliul de administrație se poate întruni și în ședințe extraordinare, la solicitarea președintelui sau a cel puțin unei treimi din numărul membrilor acestuia.

Art. 15. — Consiliul de administrație al CNAS își alege, prin vot secret, 2 vicepreședinți.

#### SECȚIUNEA a 3-a

##### **Atribuțiile președintelui**

Art. 16. — (1) Președintele Consiliului de administrație al CNAS este președintele CNAS și îndeplinește și funcția de secretar de stat în cadrul Ministerului Sănătății.

(2) Președintele CNAS este ordonator principal de credite cu delegație dată prin ordin al ministrului sănătății, pentru administrarea și gestionarea bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, precum și pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație, președintele CNAS emite decizii care devin executorii după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate. Deciziile cu caracter normativ se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 17. — Președintele CNAS are următoarele atribuții:

1. prezidează ședințele Adunării reprezentanților CNAS;

2. asigură supravegherea și controlul funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate;

3. organizează și conduce structurile executive ale CNAS;

4. asigură coerența și eficiența gestiunii financiare a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

5. aprobă bugetele proprii de venituri și cheltuieli ale CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate în condițiile legii și, după caz, cu avizul ministerelor și al instituțiilor publice centrale cu rețele sanitare proprii;

6. depune la Ministerul Finanțelor Publice propuneri pentru proiectul bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

7. repartizează creditele bugetare aprobate pentru bugetul propriu și pentru bugetele caselor de asigurări de sănătate subordonate, potrivit legii;

8. răspunde de angajarea, lichidarea și ordonanțarea cheltuielilor în limita creditelor aprobate și repartizate pentru o bună gestiune financiară și asigură realizarea veniturilor;

9. răspunde de integritatea bunurilor încredințate CNAS;

10. răspunde de organizarea contabilității și de prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrare și execuției bugetare;

11. răspunde de organizarea sistemului de monitorizare a programului de achiziții publice și a programului de lucrări de investiții publice;

12. răspunde de ținerea la zi a evidenței patrimoniului, conform prevederilor legale în materie;

13. asigură gestiunea sistemului de salarizare a funcționarilor publici și personalului contractual, cu încadrarea în resursele financiare alocate anual și în numărul de posturi aprobate potrivit legii;

14. conduce și coordonează realizarea parteneriatului pentru proiectarea, construirea și operarea sistemului informatic unic integrat al asigurărilor de sănătate din România;

15. aprobă normele, regulamentele și procedurile administrative specifice îndeplinirii atribuțiilor CNAS;

16. organizează și coordonează activitatea de audit public intern și de control financiar preventiv în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit atribuțiilor CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate subordonate;

17. numește, sancționează și eliberează din funcție, în condițiile legii, personalul CNAS;

18. numește în funcție, pe bază de concurs, prin decizie, președinții—directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în condițiile legii;

19. sancționează și eliberează din funcție președinții—directori generali ai caselor de asigurări de sănătate;

20. răspunde de ducerea la îndeplinire a hotărârilor Consiliului de administrație al CNAS;

21. stabilește și aprobă cuantumul indemnizațiilor membrilor Consiliului de administrație al CNAS, ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate și modalitatea de plată a acestora, în condițiile legii;

22. reprezintă CNAS în relațiile cu terții;

23. numește arbitrii din partea CNAS în Comisia centrală de arbitraj;

24. propune criteriile privind înființarea de oficii teritoriale de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul orașelor, municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății;

25. aprobă contractarea de consultanță, în condițiile și în situațiile prevăzute de actele normative în vigoare;

26. promovează imaginea CNAS și a sistemului de asigurări sociale de sănătate;

27. stabilește împreună cu ministrul sănătății organizarea concursului și criteriile de selecție pentru ocuparea postului de director general al CNAS;

28. aprobă statele de funcții ale CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate în urma definitivării bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și în baza organigramelor aprobate de Consiliul de administrație al CNAS;

29. aprobă normele specifice de personal pentru CNAS și casele de asigurări de sănătate;

30. aprobă prin decizie Regulamentul de organizare și funcționare și Regulamentul intern ale CNAS;

31. aprobă numărul maxim de posturi pentru funcții publice/personal contractual și redistribuirea numărului de posturi pentru CNAS și casele de asigurări de sănătate, conform organigramelor aprobate;

32. aprobă în condițiile legii acordarea de premii și stimulente pentru funcționarii publici și personalul contractual din cadrul CNAS care au realizat sau au participat direct la obținerea unor rezultate în activitate, apreciate ca valoroase;

33. numește cu delegație președinții—directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, până la ocuparea postului prin concurs în condițiile legii;

34. organizează și urmărește încasarea sumelor cuvenite Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru care are această competență legală, potrivit procedurilor instituite de normele legale în vigoare;

35. aprobă norme metodologice pentru constituirea și utilizarea fondului pentru acordarea de stimulente personalului din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate, în condițiile legii;

36. aprobă modificările structurilor organizatorice ale CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate, conform organigramelor aprobate;

37. aprobă necesarul de fonduri și programele de perfecționare profesională pentru personalul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

38. îndeplinește alte atribuții prevăzute de actele normative.

Art. 18. — Pe perioada absenței sale președintele CNAS îl poate mandata, prin decizie, pe unul dintre cei 2 vicepreședinți pentru a prelua atribuțiile președintelui în cadrul Consiliului de administrație al CNAS.

Art. 19. — Președintele CNAS poate delega atribuții de reprezentare vicepreședinților, directorului general, membrilor consiliului de administrație sau oricărei alte persoane din cadrul CNAS.

Art. 20. — Mandatul președintelui CNAS încetează la expirarea acestuia, prin demisie, prin revocare de către primul-ministru direct sau la propunerea ministrului sănătății, ori prin deces.

#### SECȚIUNEA a 4-a

##### **Atribuțiile vicepreședinților**

Art. 21. — Vicepreședinții Consiliului de administrație al CNAS îndeplinesc și funcția de vicepreședinte al CNAS.

Art. 22. — Vicepreședinții CNAS au următoarele atribuții:

1. urmăresc punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație, încredințate de către președinte;

2. preiau atribuțiile președintelui în condițiile art. 18;

3. asigură comunicarea cu asociațiile patronale și cu confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, precum și cu Adunarea reprezentanților CNAS;

4. asigură îndeplinirea condițiilor legale și ale prezentului statut cu privire la constituirea și funcționarea consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate;

5. îndrumă și controlează activitatea consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate sub aspectul legalității activității și al respectării prevederilor prezentului statut și informează periodic președintele CNAS

și Consiliul de administrație al CNAS asupra celor constatate;

6. coordonează elaborarea de convenții de cooperare și finanțare de programe cu organisme internaționale;

7. coordonează elaborarea planului anual de activitate și programul anual pentru îndeplinirea acestuia;

8. coordonează unitar relațiile cu reprezentanții confederațiilor sindicale și ai asociațiilor patronale de la nivelul consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate;

9. asigură comunicarea și relațiile cu structurile internaționale similare CNAS;

10. organizează dezbateri cu partenerii sociali asupra contractului-cadru și normelor metodologice aferente;

11. participă la efectuarea de analize privind funcționarea și performanțele CNAS;

12. coordonează și participă la elaborarea strategiilor și politicilor CNAS.

Art. 23. — Președintele CNAS poate stabili, în condițiile legii, pentru vicepreședinți, prin decizie, și alte atribuții decât cele prevăzute la art. 22.

Art. 24. — Mandatele vicepreședinților încetează la expirarea acestora, prin demisie, prin deces sau prin revocare de către consiliul de administrație, cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor acestuia, ori prin revocarea ca membru al consiliului de administrație de către cei care i-au desemnat.

#### SECȚIUNEA a 5-a

##### **Atribuțiile directorului general**

Art. 25. — Directorul general al CNAS are următoarele atribuții:

1. asigură conducerea executivă a CNAS;

2. coordonează și răspunde de activitatea întregului aparat de execuție al CNAS;

3. stabilește competențele și răspunderile conducătorilor de compartimente din cadrul CNAS;

4. analizează periodic activitatea structurilor din subordine, modul de realizare a sarcinilor și obiectivelor și dispune măsuri obiective pentru îmbunătățirea acestora;

5. stabilește și dispune structurilor din subordine măsurile necesare realizării și aplicării dispozițiilor legale în vigoare;

6. coordonează activitatea de evaluare a performanțelor profesionale ale personalului din cadrul structurilor subordonate, conform actelor normative în materie;

7. asigură ducerea la îndeplinire a deciziilor președintelui CNAS;

8. participă ca invitat permanent la ședințele Consiliului de administrație al CNAS;

9. participă la elaborarea și modificarea proiectelor de acte normative propuse de către CNAS;

10. avizează propunerile privind necesarul de fonduri și programele de perfecționare profesională pentru personalul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

11. aprobă fișa postului pentru personalul de conducere din subordine;

12. propune introducerea de materiale pe ordinea de zi a Consiliului de administrație al CNAS;

13. avizează și supune spre aprobare președintelui CNAS propunerile de modificare a structurilor organizatorice ale CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate, în conformitate cu organigramele aprobate;

14. aprobă delegarea de competență pentru personalul din subordine;

15. avizează și supune spre aprobare președintelui CNAS statele de funcții ale CNAS și ale caselor de asigurări de sănătate, în baza organigramelor aprobate de Consiliul de administrație al CNAS;

16. avizează și supune spre aprobare președintelui CNAS normele specifice de personal la nivelul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

17. emite dispoziții în exercitarea atribuțiilor ce îi revin, precum și pentru punerea în aplicare a deciziilor președintelui CNAS;

18. participă la elaborarea strategiilor de marketing pentru selecționarea furnizorilor de servicii medicale, în vederea creșterii continue a calității serviciilor medicale acordate asiguraților;

19. participă la elaborarea politicilor și strategiilor CNAS;

20. participă la elaborarea metodologiei de acreditare a furnizorilor de servicii medicale;

21. organizează și urmărește programele de achiziții și lucrări de investiții publice;

22. colaborează împreună cu conducătorii caselor de asigurări de sănătate la realizarea strategiilor CNAS;

23. coordonează elaborarea procedurilor necesare organizării concursurilor pentru încadrarea și promovarea personalului din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate;

24. participă la promovarea imaginii CNAS;

25. asigură aplicarea Regulamentului de ordine interioară al CNAS;

26. coordonează elaborarea și prezentarea raportului anual de activitate.

#### CAPITOLUL IV

##### **Atribuțiile și funcționarea organelor de conducere ale caselor de asigurări de sănătate**

Art. 26. — Atribuțiile consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate sunt stabilite prin statutele proprii, adoptate în baza statutului-cadru aprobat de Consiliul de administrație al CNAS.

Art. 27. — Atribuțiile președintelui—director general al casei de asigurări de sănătate sunt stabilite prin statutul-cadru.

#### CAPITOLUL V

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

Art. 28. — (1) Sistemul de asigurări sociale de sănătate este un sistem național unitar, coordonat de CNAS în calitate de administrator al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Sistemul național de asigurări sociale de sănătate este organizat prin casele de asigurări de sănătate care funcționează în subordinea CNAS.

Art. 29. — (1) În calitate de ordonator principal de credite cu delegație, președintele CNAS aprobă bugetele proprii de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate, la propunerea conducătorilor acestora, în calitate de ordonatori de credite, în conformitate cu dispozițiile art. 20, 21 și 22 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările ulterioare.

(2) Bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se aprobă de Parlament, la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat.

#### CAPITOLUL VI

##### Managementul raporturilor de muncă și al raporturilor de serviciu

Art. 30. — (1) Salariații CNAS și ai caselor de asigurări de sănătate sunt funcționari publici, conform Legii nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția personalului care efectuează activități de secretariat-administrative, protocol, gospodărire, întreținere-reparații și de deservire, precum și alte funcții care reprezintă personal contractual.

(2) Evaluarea și promovarea personalului numit în funcții publice din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se fac cu respectarea dispozițiilor Legii nr. 188/1999, cu modificările și completările ulterioare. Pentru personalul contractual evaluarea și promovarea se realizează potrivit dispozițiilor legale aplicabile acestei categorii de angajați ai CNAS și ai caselor de asigurări de sănătate.

Art. 31. — Funcțiile de conducere corespunzătoare structurilor interne organizate la nivel de direcție generală, direcție, serviciu și birou din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate, structuri care se află în proces de reorganizare pentru eficientizarea activității, se ocupă prin concurs organizat în condițiile legii.

#### CAPITOLUL VII

##### Incompatibilități

Art. 32. — (1) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate, precum și personalul angajat al acestor instituții, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății, direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare, cabinetelor medicale, funcții alese sau numite în cadrul Colegiului Medicilor din România, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, Colegiului Farmaciștilor din România, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale ale Ordinului Asistenților Medicali din România sau funcții în cadrul societăților comerciale cu profil de asigurări, farmaceutic ori de aparatură medicală.

(2) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate, care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al doilea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație nu pot participa la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

Art. 33. — (1) Membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate nu pot fi salariați ai acestor instituții, cu excepția președintelui și vicepreședinților CNAS și a președinților—directori generali ai caselor de asigurări de sănătate.

(2) Președintele, vicepreședinții și directorul general ai CNAS, pe perioada mandatului, nu pot exercita nici o altă funcție sau demnitate publică, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior.

(3) Vicepreședinții CNAS, pe perioada mandatului, nu mai pot exercita și alte atribuții pentru organizațiile de la care provin.

Art. 34. — Nu pot fi salariați ai CNAS și caselor de asigurări de sănătate persoanele care sunt administratori și/sau reprezentanți legali sau dețin acțiuni ori părți sociale în cadrul furnizorilor de servicii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 35. — Persoanele care prin activitatea desfășurată au produs CNAS sau caselor de asigurări de sănătate prejudicii constatate și dovedite potrivit actelor normative în vigoare nu pot fi membri ai Consiliului de administrație al CNAS, ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări de sănătate sau angajați ai acestor instituții și nu pot intra în relații contractuale cu CNAS sau cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 36. — Persoanele care se află în una dintre incompatibilitățile prevăzute în prezentul capitol vor opta pentru una dintre funcțiile ocupate, în termen de 30 de zile de la crearea stării de incompatibilitate.

#### CAPITOLUL VIII

##### Drepturi salariale

Art. 37. — Salariații CNAS și ai caselor de asigurări de sănătate sunt salariați potrivit prevederilor legale în materie aplicabile funcționarilor publici și personalului contractual.

Art. 38. — (1) CNAS poate angaja, în baza prevederilor Codului muncii, consultanți de specialitate, în funcție de necesitățile apărute în exercitarea atribuțiilor prevăzute la art. 5, în limita numărului maxim de posturi aprobat în condițiile legii.

(2) În îndeplinirea atribuțiilor prevăzute de lege și de prezentul statut, membrilor Adunării reprezentanților a CNAS li se pot deconta cheltuielile ocazionate de participarea la ședințele organizate la sediul CNAS, în condițiile legii.

Art. 39. — Salarizarea președintelui și a vicepreședinților CNAS, precum și salariul și celelalte drepturi de personal ale directorului general al CNAS sunt cele prevăzute în Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, cu modificările ulterioare, și se modifică în mod corespunzător ori de câte ori intervin reglementări noi în sistemul de stabilire a indemnizațiilor pentru funcțiile de secretar de stat, subsecretar de stat și, respectiv, secretar general.

Art. 40. — Funcționarii publici și personalul contractual din cadrul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate, care au realizat sau au participat direct la obținerea unor rezultate în activitate, apreciate ca valoroase, pot beneficia de stimulente acordate din fondul constituit cu această destinație, potrivit legii.

#### CAPITOLUL IX

##### Arbitrajul

Art. 41. — CNAS împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Ordinul Asistenților Medicali din România organizează Comisia centrală de arbitraj, care soluționează litigiile dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate.

Art. 42. — Sediul Comisiei centrale de arbitraj este în municipiul București, Calea Călărașilor nr. 248, sectorul 3.

Art. 43. — (1) Comisia centrală de arbitraj este formată din 4 arbitri, dintre care 2 delegați numiți de CNAS, și câte



un delegat numit de Colegiul Medicilor din România și de Ordinul Asistenților Medicali din România.

(2) Președintele Comisiei centrale de arbitraj este un arbitru acceptat de părți.

Art. 44. — Arbitrii Comisiei centrale de arbitraj sunt acreditați și înregistrați de Ministerul Sănătății, la solicitarea scrisă a conducerii CNAS, Colegiului Medicilor din România și Ordinului Asistenților Medicali din România.

Art. 45. — Atribuțiile, organizarea și funcționarea Comisiei centrale de arbitraj se stabilesc prin Regulamentul de activitate al arbitrilor din Comisia centrală de arbitraj, elaborat de CNAS împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Ordinul Asistenților Medicali din România și avizat de către Ministerul Justiției.

## CAPITOLUL X

### Serviciul medical

Art. 46. — (1) În cadrul CNAS funcționează serviciul medical care este condus de un medic-șef.

(2) La nivelul caselor de asigurări de sănătate funcționează un serviciu medical, în raport cu numărul asiguraților, care este condus de un medic-șef.

Art. 47. — Serviciul medical al CNAS are următoarele atribuții:

1. elaborează împreună cu Colegiul Medicilor din România criteriile privind acordarea serviciilor medicale pentru asigurați; aceste criterii se actualizează ori de câte ori este nevoie și se prevăd în clauzele contractelor de furnizare de servicii;

2. monitorizează din punct de vedere al calității serviciilor contractate modul în care acestea se acordă de către toți furnizorii care intră în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

3. participă, din inițiativă proprie sau la solicitarea altor servicii și instituții, la elaborarea sau actualizarea documentelor ce se referă la acordarea serviciilor medicale și la protejarea asiguraților;

4. verifică, în condițiile legii, modul de prescriere a medicamentelor;

5. verifică și rezolvă reclamațiile și sesizările asiguraților referitoare la modul în care au fost asistați medical;

6. elaborează materiale și inițiază periodic acțiuni prin care este evaluată satisfacția asiguratului față de calitatea serviciilor medicale primite;

7. pe baza datelor și informațiilor obținute din teritoriu analizează și completează anual evidența structurii socio-demografice a asiguraților, cererea reală de servicii medicale, potențialul real al furnizorilor de servicii medicale, gradul de satisfacție al asiguraților;

8. participă, la solicitarea altor servicii sau instituții, la orice acțiune de control în domeniu;

9. verifică, în condițiile legii, corectitudinea întocmirii documentelor medicale de către furnizorii de servicii medicale;

10. controlează modul în care serviciile medicale din cadrul caselor de asigurări de sănătate își îndeplinesc atribuțiile;

11. îndeplinește alte atribuții prevăzute de actele normative.

Art. 48. — Serviciul medical al CNAS urmărește interesele asiguraților cu privire la calitatea serviciilor acordate de către furnizorii de servicii medicale,

medicamente și dispozitive medicale, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

## CAPITOLUL XI

### Relațiile cu asigurații

Art. 49. — CNAS și casele de asigurări de sănătate, prin structurile specifice, acordă consultanță și asistență gratuită asiguraților în ceea ce privește sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 50. — În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate asigurații beneficiază de un pachet de servicii de bază și au următoarele drepturi:

1. să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu, unitatea spitalicească ce le va acorda servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură;

2. să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, în condițiile legii, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;

3. să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;

4. să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;

5. să li se efectueze cel puțin un control profilactic în fiecare an, în funcție de sex și de grupa de vârstă căreia îi aparțin;

6. să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

7. să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale acreditate;

8. să beneficieze de servicii medicale de urgență;

9. să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică;

10. să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;

11. să beneficieze de dispozitive medicale și de alte materiale specifice;

12. să beneficieze de servicii și îngrijiri medicale la domiciliu.

Art. 51. — Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale.

Art. 52. — Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări de sănătate, asupra serviciilor de care beneficiază, nivelului de contribuție și modalității de plată, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.

Art. 53. — În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații vor fi informați permanent de către casele de asigurări de sănătate asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.

Art. 54. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul la un control medical în fiecare an pentru

prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate.

(2) Nefectuarea în mod nejustificat de către asigurați a controalelor medicale periodice preventive poate atrage obligația de a suporta, după caz, unele costuri ale tratamentului curativ și de recuperare pentru afecțiunea nedepistată în timp. Prin contractul-cadru se stabilesc situațiile în care aceste costuri se suportă de asigurați, precum și stimulentele pentru asigurații care efectuează controalele medicale periodice preventive.

Art. 55. — (1) Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz.

(2) Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar acreditat, la indicația și sub supravegherea medicului.

Art. 56. — Asigurarea calității pachetului de servicii de bază pentru asigurați revine CNAS prin respectarea următoarelor măsuri:

1. acceptarea încheierii de contracte numai cu furnizori de servicii medicale acreditați conform legii, precum și cu medicii, asistenții medicali și alte categorii de personal acreditat;

2. existența unui sistem informațional corespunzător asigurării unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;

3. respectarea de către furnizorii de servicii medicale a criteriilor de calitate a asistenței medicale și stomatologice, elaborate de Colegiul Medicilor din România și de Ordinul Asistenților Medicali din România;

4. utilizarea pentru tratamentul afecțiunilor numai a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;

5. utilizarea materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale autorizate, conform legii.

Art. 57. — (1) Cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, precum și cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale de cooperare în domeniul sănătății și științelor medicale beneficiază de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele încheiate între România și țara respectivă.

(2) Cetățenii români aflați pe teritoriul acestor state beneficiază, în contrapartidă, de aceleași drepturi.

Art. 58. — (1) CNAS 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 trimestriale a asiguraților, CNAS va edita și va publica materiale specifice și un raport anual de activitate.

*ANEXĂ\*)  
la statut*



\*) Anexa este reprodusă în facsimil.

**DECIZII ALE CONSILIULUI CONCURENȚEI**

CONSILIUL CONCURENȚEI

**DECIZIE****referitoare la stabilirea sancțiunilor pentru încălcarea prevederilor Legii concurenței nr. 21/1996 de către Societatea de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A.**

Comisia Consiliului Concurenței

I. În baza:

1. Decretului nr. 1.075 din 21 decembrie 2001 privind numirea membrilor Consiliului Concurenței;
2. Legii concurenței nr. 21/1996, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 88 din 30 aprilie 1996;
3. Regulamentului de organizare, funcționare și procedură al Consiliului Concurenței, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 50 bis din 25 martie 1997, cu modificările și completările ulterioare;
4. Regulamentului pentru aplicarea prevederilor art. 5 și 6 din Legea concurenței nr. 21/1996, privind practicile anticoncurențiale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 116 bis din 9 iunie 1997;
5. Instrucțiunilor cu privire la definirea pieței relevante în scopul stabilirii părții substanțiale de piață, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 57 bis din 4 aprilie 1997;
6. Investigației declanșate în Dosarul nr. RS—171 din 22 iunie 2000, prin Ordinul președintelui Consiliului Concurenței nr. 59 din 19 iulie 2000;
7. Prevederilor Deciziei Plenului Consiliului Concurenței nr. 317 din 14 iulie 2003, prin care s-a finalizat investigația;
8. Ordinului președintelui Consiliului Concurenței nr. 142 din 15 iulie 2003, prin care s-a stabilit componența Comisiei care va decide cuantumul amenzilor aplicate pentru practicile anticoncurențiale săvârșite de către 12 societăți de asigurare, prin încheierea unei înțelegeri privind stabilirea nivelului minim al primelor de asigurare pentru asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României (asigurare tip Carte Verde);
9. Procesului-verbal nr. V<sub>2</sub>—1.463 din 30 iulie 2003.

II. Având în vedere:

1. Decizia Plenului Consiliului Concurenței nr. 317 din 14 iulie 2003

1.1. Prin această decizie Plenul Consiliului Concurenței a stabilit că societățile de asigurări Societatea Comercială Asigurarea Românească ASIROM — S.A. (denumită în continuare *ASIROM*)<sup>1)</sup>, Societatea de Asigurare Reasigurare ASTRA — S.A. (denumită în continuare *ASTRA*)<sup>2)</sup>, Societatea Comercială METROPOL — Compania Internațională de Asigurări și Reasigurări — S.A. (denumită în continuare *METROPOL*)<sup>3)</sup>, Societatea de Asigurare Reasigurare ARDAF — S.A. (denumită în continuare *ARDAF*)<sup>4)</sup>, Societatea Comercială ALLIANZ ȚIRIAC Asigurări — S.A. (denumită în continuare *ALLIANZ*)<sup>5)</sup>, Societatea de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A. (denumită în continuare *OMNIASIG*)<sup>6)</sup>, Grupul de Asigurări Român GRUP AS — S.A. (denumit în continuare *GRUP AS*)<sup>7)</sup>, Societatea de Asigurare UNITA — S.A. (denumită în continuare *UNITA*)<sup>8)</sup> și Societatea Comercială Asigurare Reasigurare AGI ROMÂNIA — S.A. (denumită în continuare *AGI ROMÂNIA*)<sup>9)</sup>, INTERAMERICAN ROMANIA INSURANCE — S.A. (denumită în continuare *INTERAMERICAN*)<sup>10)</sup>, ASITRANS — S.A. Asigurări Reasigurări (denumită în continuare *ASITRANS*)<sup>11)</sup> și ASA Asigurări ATLASSIB — S.A. (denumită în continuare *ATLASSIB*)<sup>12)</sup> se fac vinovate de încălcarea dispozițiilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996 prin încheierea și/sau punerea în practică a unei înțelegeri având ca obiect fixarea — în cadrul Biroului Asigurătorilor de Autovehicule din România (denumit în continuare *BAAR*) — a unor niveluri minime de prime la asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României (Carte Verde).

1.2. La data de 20 mai 1999, la sediul BAAR<sup>13)</sup> a fost organizată întâlnirea reprezentanților următoarelor societăți de asigurări: ASIROM, ASTRA, METROPOL, ARDAF, ALLIANZ, OMNIASIG, GRUP AS, UNITA și AGI ROMÂNIA. Această întâlnire a avut ca scop analizarea nivelului primei pentru asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României (denumită în continuare *asigurare tip Carte Verde*).

După analizarea propunerilor concrete avansate de către participanți, aceștia au hotărât ca BAAR „să recomande societăților de asigurare un nivel minim al primelor de asigurare, care să fie avut în vedere de către societățile de asigurare la stabilirea primelor ce vor fi practicate începând cu data de 15 iunie 1999, ora 0”, nivel majorat față de cel practicat la acea dată. Această hotărâre, incluzând și nivelul minim recomandat al primelor de asigurare, a fost transmisă de către BAAR prin Circulara nr. 5.067 din 24 mai 1999 către „toți membrii BAAR autorizați să elibereze documente internaționale de asigurare — Carte Verde”.

<sup>1)</sup> Sediul social: bd. Carol I nr. 31—33, sectorul 2, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/304/1991.

<sup>2)</sup> Sediul social: str. Pușkin nr. 1, sectorul 1, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/305/1991.

<sup>3)</sup> Sediul social: bd. Dimitrie Cantemir nr. 1, sectorul 3, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/12.428/1991.

<sup>4)</sup> Sediul social: str. Samuil Micu nr. 7, Cluj-Napoca, județul Cluj; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 12/4.169/1992.

<sup>5)</sup> Sediul social: str. Căderea Bastiliei nr. 80—84, sectorul 1, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/15.882/1994.

<sup>6)</sup> Sediul social: alea Alexandru nr. 48, sectorul 1, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/8.364/1994.

<sup>7)</sup> Sediul social: Bd. Unirii nr. 67, bl. G2A, sectorul 3, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/6.961/1995.

<sup>8)</sup> Sediul social: str. Ofcea nr. 9, Timișoara, județul Timiș; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 35/21/1991.

<sup>9)</sup> Sediul social: bd. Mircea Vodă nr. 34, bl. M1, et. 2, sectorul 3, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/10.595/1995.

<sup>10)</sup> Sediul social: șos. Cotroceni nr. 20, sectorul 6, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/15.656/1994.

<sup>11)</sup> Sediul social: str. Gramond nr. 8, sectorul 4, București; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 40/2.241/1994.

<sup>12)</sup> Sediul social: str. Noica bl. 4, ap. 20, sc. B, et. 4, Sibiu; nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului: J 32/1.053/1996.

<sup>13)</sup> Sediul social: șos. Ștefan cel Mare nr. 30, bl. 26, sc. A, et. 6, ap. 16, sectorul 2, București.

1.3. La data de 22 iunie 1999, în ședința Comitetului de direcție al BAAR s-a hotărât ca „nivelul minim de prime la asigurarea de răspundere civilă auto, stabilit în ședința din 20 mai 1999, să se aplice începând cu data de 15 iulie 1999, ora 0,00, și nu din 15 iunie 1999”; această hotărâre a fost transmisă membrilor BAAR prin Circulara BAAR nr. 5.813 din 28 iunie 1999.

1.4. Transmiterea de către BAAR a hotărârii luate de către reprezentanții celor 9 societăți de asigurare a făcut ca aceste niveluri minime „recomandate” ale primelor să capete caracter de „obligații” pentru toate societățile de asigurare membre BAAR, care erau autorizate să practice asigurarea tip Carte Verde. Prin urmare, societățile de asigurare autorizate să elibereze documente de asigurare internațională tip Carte Verde au considerat că aceste niveluri minime „recomandate” ale primelor au un caracter obligatoriu și le-au aplicat în consecință. Cu titlu exemplificativ, la data de 25 octombrie 2001, ASTRA a menționat<sup>14)</sup> că „prima de asigurare practică de ASTRA privind asigurarea de răspundere civilă pentru autovehicule cu valabilitate în afara teritoriului României este de 45 de USD [...] Primele sunt fixe, nenegociabile și sunt practicate de toate societățile de asigurare printr-o convenție ce a fost agreată în cadrul BAAR”; în același sens, UNITA<sup>15)</sup> a precizat: „societatea UNITA a înțeles să se alinieze acestor tarife minimale”. De asemenea, conform celor declarate de către ASIROM<sup>16)</sup>, „prima de asigurare pentru asigurarea tip Carte Verde pentru o perioadă de 15 zile, pentru autoturisme, este de 45 de USD”.

1.5. Aplicarea de către societățile de asigurare a nivelurilor minime „recomandate” ca fiind obligatorii rezultă și din adresele înaintate BAAR de către unii dintre membrii săi privind nerespectarea, de către alte societăți de asigurare membre BAAR, a nivelurilor minime „recomandate”. Cu titlu exemplificativ, la data de 22 iulie 1999<sup>17)</sup>, UNITA a înștiințat BAAR că ASTRA, sucursala Arad, nu a respectat hotărârea Comitetului de direcție al BAAR din data de 22 iunie 1999 referitoare la stabilirea nivelului minim al primelor la asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României. De asemenea, la data de 19 august 1999<sup>18)</sup>, ASIT aduce la cunoștință BAAR că „ASIT a respectat și continuă să respecte întocmai tariful minimal recomandat de BAAR prin Circulara nr. 5.813 din 28 iunie 1999. Din păcate, am constatat că nu toți membrii înțeleg să respecte recomandările BAAR, deși reprezentanții societăților autorizate de acesta să elibereze documente de asigurare Carte Verde au fost în unanimitate de acord cu acest tarif în ședința din 20 mai 1999 [...] Societatea noastră a considerat că atât conducerea, cât și membrii BAAR trebuie să înțeleagă consecințele grave pe care le-ar putea avea o practică greșită de vânzare a documentelor de asigurare Carte Verde la prețuri de dumping [...], avându-se în vedere principiul solidarității între societățile membre BAAR”.

1.6. Ca urmare a informațiilor primite de către BAAR cu privire la nerespectarea, de către unii dintre membrii săi, a acestor niveluri minime, în ședința din data de 3 septembrie 1999, Adunarea generală extraordinară a membrilor BAAR a hotărât că se vor sancționa societățile de asigurare care nu vor respecta nivelurile minime „recomandate”, accentuând prin această măsură punitivă caracterul lor obligatoriu, și nu de „recomandare”, știut fiind faptul că nu se poate sancționa nerespectarea unei „recomandări”, ci numai a unei obligații asumate. Astfel, potrivit rezoluției Adunării generale extraordinare BAAR, începând cu data de 20 septembrie 1999, ora 0,00, s-a decis „să se respecte cu strictețe Circulara BAAR nr. 5.813 din 28 iunie 1999 cu referire la recomandarea privind tariful minimal de prime la asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României [...] nerespectarea acesteia poate atrage chiar retragerea dreptului societății dumneavoastră de a elibera documente internaționale de asigurare Carte Verde”. Această rezoluție a Adunării generale extraordinare BAAR a fost transmisă membrilor BAAR prin Circulara BAAR nr. 8.165 din 10 septembrie 1999.

1.7. Înțelegerea intervenită în cadrul BAAR între societățile membre BAAR, având ca obiect fixarea în mod concertat a nivelului minim de prime pentru asigurarea tip Carte Verde, a avut ca efect majorarea primelor de asigurare cu aproximativ 10 USD. Totodată fixarea acestor niveluri minime ale primelor a avut ca efect eliminarea concurenței pe piața relevantă și prejudicierea consumatorilor, deoarece, începând cu momentul aplicării acestora, consumatorul a fost privat astfel de posibilitatea de a alege, societățile autorizate practicând aceleași niveluri de prime, mai mari decât cele practicate anterior.

1.8. La momentul încheierii înțelegerii, 26 de societăți de asigurări de autovehicule erau membre BAAR, dintre acestea 9 fiind autorizate să practice asigurarea tip Carte Verde, și anume: ASIROM, UNITA, ARDAF, ALLIANZ, OMNIASIG, GRUP AS, METROPOL, ASTRA și AGI ROMÂNIA. Începând cu data de 1 decembrie 1999, au mai fost autorizate să practice această categorie de asigurări și societățile: INTERAMERICAN (1 decembrie 1999 — 18 februarie 2002), ASIGURARE-REASIGURARE „INDUSTRIILOR ARGESŢ”—S.A.<sup>19)</sup>, denumită în continuare ASIRAG (1 iunie 2000), ASITRANS (1 ianuarie 2001) și ATCLASSIB (1 iulie 2001). Cu excepția ASIRAG, celelalte 3 societăți de asigurări, autorizate ulterior să practice asigurarea tip Carte Verde, deși nu s-au numărat printre inițiatorii înțelegerii în cauză, au aplicat în practică niveluri minime de prime pentru această categorie de asigurare, stabilite în cadrul BAAR de către celelalte 9 societăți de asigurări autorizate anterior.

1.9. BAAR este o organizație profesională, înființată de asigurătorii de autovehicule din România, neguvernamentală, creată în scopul dezvoltării și cooperării în domeniul asigurărilor de autovehicule și reprezentării societăților membre în relațiile cu alte organizații din țară și străinătate. BAAR a fost înființat și își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile art. 24 din Legea nr. 47/1991 privind constituirea, organizarea și funcționarea societăților comerciale din domeniul asigurărilor, abrogată în prezent prin Legea nr. 32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor, și ale art. 102 din Legea nr. 21/1924 pentru persoanele juridice, abrogată în prezent prin Ordonanța Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații.

<sup>14)</sup> Prin Adresa înregistrată la Consiliul Concurenței cu nr. SG — 1.008 din 26 octombrie 2001.

<sup>15)</sup> Prin Adresa UNITA nr. SIAR/92.591 din 5 iulie 2000, înregistrată la Consiliul Concurenței cu nr. V2 639 din 6 iulie 2000.

<sup>16)</sup> Prin Adresa ASIROM nr. 25.870 din 26 octombrie 2001, înregistrată la Consiliul Concurenței cu nr. SG 1.015 din 26 octombrie 2001.

<sup>17)</sup> Prin Adresa nr. AB 41.716 din 16 iulie 1999, înregistrată la BAAR cu nr. 6.139 din 22 iulie 1999.

<sup>18)</sup> Prin Adresa nr. 5.130 din 19 august 1999, înregistrată la BAAR cu nr. 8.120 din 30 august 1999.

<sup>19)</sup> Sediul social: bd. I.C. Brătianu bl. A5—A7, parter, Pitești, județul Argeș.

1.10. BAAR așa cum era constituit și conform statutului în vigoare la data săvârșirii practicii anticoncurențiale, avea misiunea de a apăra interesele legale ale membrilor săi în relațiile interne și internaționale, fără a îndeplini și rolul de Birou plătitor și Birou gestionar, în sensul rambursării către birourile gestionare din străinătate a sumelor plătite de acestea cu titlu de despăgubiri pentru pagube produse de asigurații de răspundere civilă Carte Verde ai societăților de asigurare membre ale BAAR, respectiv de a plăti sumele datorate către terțe persoane păgubite, în România; funcția de administrare și gestionare a Fondului Comun Carte Verde, în calitate de Biroul plătitor și Birou gestionar, i-a fost conferită prin Ordinul președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002; Adunarea generală și Comitetul de direcție ale BAAR nu aveau atribuții în stabilirea nivelului primelor de asigurări.

1.11. Prin urmare, societățile de asigurare: ASIROM, ASTRA, METROPOL, ARDAF, ALLIANZ, OMNIASIG, GRUP AS, UNITA și AGI ROMÂNIA au încălcat dispozițiile art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996, prin încheierea și punerea în practică a unei înțelegeri având ca obiect fixarea, în cadrul BAAR, a unor niveluri minime de prime la asigurarea tip Carte Verde. Totodată, deși nu au participat la încheierea înțelegerii anticoncurențiale în cauză, fiind autorizate de către BAAR ulterior, societățile INTERAMERICAN, ASITRANS și ATCLASSIB au pus în practică această înțelegere, încălcând astfel prevederile art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996. ASIRAG nu a fost membră a înțelegerii anticoncurențiale în cauză și nu a pus în practică această înțelegere.

1.12. Incluziunea prevederilor conform cărora BAAR stabilește tarife de prime tehnice minimale pentru asigurările tip Carte Verde și cuantumul cheltuielilor maxime pentru achiziționarea acestor asigurări atât în art. 5 lit. c) din noul Statut al BAAR, cât și în art. 2 alin. (1) pct. 3 din Normele privind măsurile prudențiale pentru practicarea asigurării de răspundere civilă pentru pagube produse terților prin accidente de autovehicule în afara teritoriului României (Carte Verde), puse în aplicare prin Ordinul președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002, a întărit caracterul obligatoriu al acestor niveluri minime de prime și a „legiferat” practic înțelegerea anticoncurențială deja existentă între societățile de asigurare în cadrul BAAR. Aceste prevederi contravin legislației în domeniul concurenței, fixarea unor tarife minime pentru asigurările de tip Carte Verde fiind de natură a împiedica concurența în detrimentul beneficiarilor acestor servicii. De la data intrării în vigoare a Ordinului președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002 nu se mai poate reține vinovăția societăților de asigurare.

1.13. Consiliul Concurenței, în temeiul art. 54 din Legea nr. 21/1996, a constatat nulitatea art. 5 lit. c) din noul Statut al BAAR, aprobat de Adunarea generală BAAR în ședința din 18 decembrie 2001. În mod concret, această prevedere are următorul conținut: „BAAR stabilește tarife de prime tehnice minimale pentru asigurările Carte Verde și cuantumul cheltuielilor maxime pentru achiziționarea acestor asigurări”. Totodată, în temeiul art. 27 lit. a) și al art. 50 lit. a) din Legea nr. 21/1996, Consiliul Concurenței a solicitat Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor modificarea Normelor privind măsurile prudențiale pentru practicarea asigurării de răspundere civilă pentru pagube produse terților prin accidente de autovehicule în afara teritoriului României (Carte Verde), puse în aplicare prin Ordinul președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002, în sensul eliminării pct. 3 de la art. 2 alin. (1), conform căruia BAAR „stabilește nivelul minim al tarifelor de prime și limita maximă a cheltuielilor de achiziționare pentru asigurarea Carte Verde, cu avizul prealabil al Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor”.

1.14. Motivațiile BAAR și ale societăților de asigurare nu pot fi de natură să justifice o înțelegere asupra fixării, în mod concertat, a nivelurilor minime ale primelor și aplicarea acestora de către societățile de asigurare.

1.15. Cu toate acestea, nu se poate face abstracție de faptul că fixarea unor niveluri minime ale primelor a avut loc în contextul sancțiunilor impuse de Convenție în cazul neîndeplinirii obligației de restituire a sumelor plătite de către Biroul gestionar terțelor persoane păgubite, ceea ce atrăgea răspunderea biroului sub egida căruia a fost eliberat documentul de asigurare — BAAR; BAAR trebuia, în ultimă instanță, să suporte contravaloarea despăgubirii. Imposibilitatea onorării obligațiilor de plată ar fi condus la eliminarea României din sistemul internațional Carte Verde.

#### 1.16. Piața produsului

Produsul care definește piața îl reprezintă asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României, eliberată de către o societate de asigurări autorizată, pentru a acoperi răspunderea ce rezultă din folosirea unui autovehicul.

Această asigurare acoperă despăgubirile acordate pentru daunele materiale și vătămările corporale provocate de autoturismul pentru care s-a eliberat documentul de asigurare în urma unui accident în care acesta a fost implicat și găsit răspunzător pentru provocarea lui.

1.17. La data de 25 ianuarie 1949, Subcomitetul de transporturi rutiere al Comisiei Economice ONU pentru Europa a sugerat asiguraților — în vederea protejării terților păgubiți prin accidente de autovehicule — crearea unui document de asigurare de tip uniform, a unui Birou național în fiecare țară care aderă la acest sistem și a unui organ central — Consiliul Birourilor, cu sediul la Londra. Convenția Tip Interbirouri (denumită în continuare *Convenție*) are ca obiect punerea în practică a acestor dispoziții adoptate la 25 ianuarie 1949, înlocuite prin anexa nr. 2 a Rezoluției unificate asupra facilității transporturilor rutiere adoptate de Comitetul permanent de lucru la cea de-a 74-a sesiune din 25–29 iunie 1949 (denumită *Recomandările de la Geneva*).

1.18. Conform acestei Convenții: (i) *certificat de asigurare* înseamnă Cartea internațională de asigurare auto (Carte Verde), în modelul sau modelele aprobate de Comitetul permanent de lucru pentru transporturi rutiere; (ii) *poliță de asigurare* înseamnă o poliță de asigurare eliberată de un membru al Biroului emitent unui asigurat, pentru a acoperi răspunderea ce rezultă din folosirea unui autovehicul; (iii) *Birou* înseamnă organizația înființată de asigurații și recunoscută de guvernul din acea țară ca organizație care îndeplinește solicitările și dispozițiile din Recomandările de la Geneva; (iv) *Birou gestionar* înseamnă biroul (și/sau un membru al acelui birou care acționează sub autorizarea acestuia) care are răspunderea în țara sa pentru gestionarea și regularizarea daunelor în conformitate cu prevederile Convenției și legii sale naționale; (v) *Birou emitent* înseamnă biroul (și/sau un membru al acestui birou) sub autorizarea căruia a fost eliberat un certificat de asigurare și care este răspunzător pentru îndeplinirea obligațiilor Biroului gestionar, în conformitate cu prevederile Convenției; (vi) *Birou de asistență* înseamnă biroul care este autorizat să gestioneze și să regularizeze o reclamație, în conformitate cu prevederile Convenției.

1.19. Pe lângă facilitarea liberei circulații transfrontaliere a persoanelor și a bunurilor, Convenția are drept scop atât indemnizarea victimelor accidentelor de autovehicule, de către Biroul gestionar al țării unde s-a produs accidentul, cât și rambursarea cu maximă rapiditate (în vederea reîntregirii fondului de garanție din care sunt indemnizate aceste victime) a sumelor plătite de Biroul gestionar, de către Biroul emitent (plătitor) sau de către un membru al acestui birou, sub autorizarea căruia a fost eliberat un certificat de asigurare și care este răspunzător pentru îndeplinirea obligațiilor Biroului gestionar.

1.20. În conformitate cu dispozițiile Convenției, documentul internațional de asigurare „Carte Verde“ este emis sub autoritatea și egida Biroului emitent și este oferit de către societățile de asigurare membre ale acestui birou posesorilor de autovehicule care doresc să călătorească în străinătate și care încheie cu acestea un contract de asigurare de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României. Acest document garantează că, în fiecare țară tranzitată de asigurat, Biroul gestionar al acelei țări își asumă pentru acel autovehicul, în mod obligatoriu, răspunderea pe care ar avea-o o societate de asigurare locală, potrivit reglementărilor legale privitoare la răspunderea pentru prejudiciile cauzate prin accidente de autovehicule în vigoare în țara Biroului gestionar.

1.21. Dacă asiguratul de răspundere civilă auto aflat în țara Biroului gestionar produce un accident, victima se va adresa Biroului gestionar, care o va despăgubi în numele Biroului emitent. După efectuarea plății, Biroul gestionar care a regularizat dauna se va adresa, în mod direct sau prin intermediul Biroului emitent, asiguratorului care a eliberat documentul internațional de asigurare, iar în cazul în care acest asigurator nu efectuează plata, din orice motiv, inclusiv din cauze de insolvabilitate, Biroul gestionar se va regresa împotriva Biroului emitent, care va suporta întotdeauna, în ultimă instanță, despăgubirea acordată de către Biroul gestionar.

1.22. În România BAAR este recunoscut de Guvernul României ca organizație care dă curs solicitărilor și dispozițiilor din Recomandările de la Geneva, în conformitate cu art. 3 lit. g) din Convenție.

#### 1.23. Piața relevantă geografică

Având în vedere repartizarea în teritoriu a societăților de asigurare autorizate să practice asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României, precum și a beneficiarilor, piața geografică relevantă este piața națională.

1.24. Plenul Consiliului Concurenței a autorizat Comisia să stabilească amenzile ce vor fi aplicate societăților de asigurări sub nivelul minim prevăzut de Normele Consiliului Concurenței privind individualizarea și dozarea sancțiunilor prevăzute la art. 55 și 56 din Legea concurenței nr. 21/1996.

#### 2. Dispozițiile art. 56 din Legea nr. 21/1996

Conform dispozițiilor art. 56 teza a 2-a lit. a) din Legea nr. 21/1996, încălcarea art. 5 alin. (1) din lege se sancționează cu amendă de la 5 la 250 milioane lei, iar pentru agenții economici cu o cifră de afaceri de peste 2,5 miliarde lei, cu o amendă în sumă de până la 10% din cifra de afaceri.

Cifrele de afaceri ale societăților de asigurări au fost calculate conform art. 68 lit. b) din Legea nr. 21/1996 și transmise Comisiei Consiliului Concurenței de către societățile de asigurare în cauză și de către Comisia de Supraveghere a Asigurarilor.

Având în vedere că cifra de afaceri a OMNIASIG<sup>20)</sup> a fost în anul 2002 de 1.505.989.678.420 lei, deci a depășit 2.500.000.000 lei, rezultă că amenda ce va fi aplicată acestui agent economic vinovat de încălcarea art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996 va reprezenta până la 10% din cifra de afaceri.

3. Prevederile Normelor privind individualizarea și dozarea sancțiunilor prevăzute la art. 55 și 56 din Legea concurenței nr. 21/1996, emise în aplicarea art. 57 din Legea nr. 21/1996

Conform acestor norme, la individualizarea sancțiunilor ce vor fi aplicate agenților economici pentru încălcarea prevederilor Legii nr. 21/1996 se va ține cont de următoarele aspecte:

3.1. Impactul și consecințele practicii anticoncurențiale asupra mediului concurențial și asupra consumatorilor: efectul negativ se estimează prin analiza piețelor relevante, a cotei de piață deținute de către agentul economic implicat, a duratei practicii anticoncurențiale, a efectelor structurale și/sau conjuncturale ale acesteia.

#### 3.1.1. Durata practicii și efectele acesteia asupra mediului concurențial

Nivelul minim al primelor de asigurare de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României a fost stabilit de către „reprezentanții societăților de asigurare autorizate să elibereze documente de asigurare tip «Carte Verde» în ședința din 20 mai 1999“, conform Circularei BAAR nr. 5.813 din 28 iunie 1999.

Hotărârea BAAR cuprinzând nivelul minim „recomandat“ al primelor de asigurare de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României a fost transmisă de către acesta, prin circularele nr. 5.067 din 24 mai 1999 și nr. 5.813 din 28 iunie 1999, către „toți membrii BAAR autorizați să elibereze documente internaționale de asigurare – Carte Verde“, această „recomandare“ privind nivelul minim al primelor pentru asigurarea tip Carte Verde a avut în fapt caracter obligatoriu, aspect confirmat de aplicarea în practică a acestor niveluri minime de către toate societățile care au participat la luarea deciziei în cadrul BAAR și de către 3 dintre cele 4 societăți autorizate ulterior să elibereze documentul internațional de asigurare Carte Verde.

Înțelegerea intervenită în cadrul BAAR între societățile membre BAAR, având ca obiect fixarea în mod concertat a nivelului minim de prime pentru asigurarea tip Carte Verde a avut ca efect majorarea primelor de asigurare cu aproximativ 10 USD. Totodată fixarea acestor niveluri minime ale primelor a avut ca efect eliminarea concurenței pe piața relevantă și prejudicierea consumatorilor, deoarece, începând cu momentul aplicării acestora, consumatorul a fost privat astfel de posibilitatea de a alege, societățile autorizate practicând aceleași niveluri de prime, mai mari decât cele practicate anterior.

<sup>20)</sup> Transmisă prin Adresa OMNIASIG nr. 0872 din 18 iulie 2003, înregistrată la Consiliul Concurenței cu nr. V2–1.389 din 21 iulie 2003.

Totodată includerea prevederilor conform cărora BAAR stabilește tarife de prime tehnice minimale pentru asigurările tip Carte Verde și cuantumul cheltuielilor maxime pentru achiziționarea acestor asigurări, atât în art. 5 lit. c) din noul Statut al BAAR, cât și în art. 2 alin. (1) pct. 3 din Normele privind măsurile prudențiale pentru practicarea asigurării de răspundere civilă pentru pagube produse terților prin accidente de autovehicule în afara teritoriului României (Carte Verde), puse în aplicare prin Ordinul președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002, a întărit caracterul obligatoriu al acestor niveluri minime de prime și a „legiferat” practic înțelegerea anticoncurențială deja existentă între societățile de asigurare în cadrul BAAR. Aceste prevederi contravin legislației în domeniul concurenței, fixarea unor tarife minime pentru asigurările de tip Carte Verde fiind de natură a împiedica concurența în detrimentul beneficiarilor acestor servicii.

CONCLUZIE: Încălcarea prevederilor legale s-a materializat în încheierea și punerea în practică a unei înțelegeri pe orizontală, intervenită între societățile de asigurare: ASIROM, ASTRA, METROPOL, ARDAF, ALLIANZ, OMNIASIG, GRUP AS, UNITA și AGI ROMÂNIA, având ca obiect fixarea, în cadrul BAAR, a unor niveluri minime de prime la asigurarea tip Carte Verde. Totodată, deși nu au participat la încheierea înțelegerii anticoncurențiale în cauză, fiind autorizate de către BAAR ulterior, societățile INTERAMERICAN, ASITRANS și ATCLASSIB au pus în practică această înțelegere. Prin urmare, cele 12 societăți de asigurări au încălcat dispozițiile art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996. Societatea ASIRAG nu a fost membră a înțelegerii anticoncurențiale în cauză și nu a pus în practică această înțelegere.

Durata în care înțelegerea anticoncurențială a afectat piața relevantă definită în cauză a fost de 3,5 ani (iunie 1999 — octombrie 2002). Începând cu data intrării în vigoare a Ordinului președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002, prin care s-au pus în aplicare Normele privind măsurile prudențiale pentru practicarea asigurării de răspundere civilă pentru pagube produse terților prin accidente de autovehicule în afara teritoriului României (Carte Verde), s-a legiferat ca atribuție a BAAR stabilirea tarifelor de prime tehnice minimale pentru asigurările tip Carte Verde și a cuantumului cheltuielilor maxime pentru achiziționarea acestor asigurări, întărindu-se astfel caracterul obligatoriu al acestor niveluri minime de prime. De la data intrării în vigoare a Ordinului președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 8/2002 (octombrie 2002), nu se mai poate reține vinovăția societăților de asigurare.

Având în vedere aceste aspecte, din punct de vedere al gravității fapta se înscrie în categoria încălcărilor grave ale regulilor de concurență, pe următoarea scară:

- încălcări minore;
- încălcări grave;
- încălcări foarte grave.

Din punct de vedere al perioadei în care înțelegerea anticoncurențială a afectat piața relevantă definită în speță — 3,5 ani — fapta se înscrie în categoria încălcărilor de durată medie ale concurenței, pe următoarea scară:

- încălcări de scurtă durată: în general, mai puțin de 1 an;
- încălcări de durată medie: 1—5 ani;
- încălcări de durată mare: în general, mai mult de 5 ani.

Aceste încadrări au fost realizate având în vedere prevederile Instrucțiunilor Comisiei Europene referitoare la metoda de stabilire a amenzilor impuse conform art. 15(2) din Reglementarea nr. 17/1962 și art. 65(5) din Tratatul ECSC (98/C9/03), publicate în Jurnalul Oficial C 009 din 14 ianuarie 1998<sup>21)</sup>.

### 3.1.2. Cota de piață

Cota de piață deținută de către OMNIASIG în anul 2002, cotă calculată în funcție de volumul primelor brute încasate din asigurări de tip Carte Verde, a fost de 9,10%.

3.2. Situația economică și financiară a contravenientului, poziția pe piață, puterea de influențare asupra pieței: situația financiară a agentului economic implicat într-o practică anticoncurențială este caracterizată de cifra de afaceri și alți indicatori financiari, după caz.

#### OMNIASIG

Anul 2002 (anul anterior emiterii deciziei):

Cifra de afaceri: 1.505.989.678.420 lei

Profit net: 33,448 milioane lei

3.3. Poziția autorului față de faptă și consecințele acesteia, prin săvârșirea ei din culpă sau cu intenție (constând în fapte și acte anticoncurențiale care au ca scop împiedicarea, denaturarea sau restrângerea concurenței ori cauze care au mai făcut obiectul unor decizii anterioare ale Consiliului Concurenței în care au fost incriminați aceiași agenți economici), amplexarea și repetarea acțiunilor anticoncurențiale

3.3.1. Prin Decizia Comisiei Consiliului Concurenței nr. 403/2001, OMNIASIG a fost sancționată pentru încălcarea art. 16 alin. (1) din Legea nr. 21/1996, prin omisiunea notificării concentrării economice realizate prin dobândirea controlului asupra Societății Comerciale AGRAS — S.A.

3.3.2. Față de aceste aspecte se reține faptul că motivul sancțiunilor aplicate OMNIASIG a fost acela de omisiune a notificării unor operațiuni de concentrare economică, deci nu suntem în prezența aceluiași tip de încălcare a Legii nr. 21/1996 săvârșită de către același agent economic care constituie subiectul prezentei decizii (OMNIASIG).

### 3.4. Circumstanțe agravante și/sau circumstanțe atenuante

#### 3.4.1. Circumstanțe atenuante:

— fixarea unor niveluri minime ale primelor a avut loc în contextul sancțiunilor impuse de Convenție în cazul neîndeplinirii obligației de restituire a sumelor plătite de către Biroul gestionar terțelor persoane păgubite, ceea ce atrăgea răspunderea biroului sub egida căruia a fost eliberat documentul de asigurare — BAAR; BAAR trebuia, în ultimă instanță, să suporte contravaloarea despăgubirii;

— imposibilitatea onorării obligațiilor de plată ar fi condus la eliminarea României din sistemul internațional Carte Verde.

<sup>21)</sup> Art. 15(2) din Reglementarea nr. 17/1962 este similar art. 56 din Legea nr. 21/1996.

3.5. Nivelul minim al amenzii pentru contravenția săvârșită de către OMNIASIG, prevăzut de Normele Consiliului Concurenței privind individualizarea și dozarea sancțiunilor prevăzute la art. 55 și 56 din Legea concurenței nr. 21/1996 este de 2.000.000.000 lei.

În temeiul art. 56 lit. a) coroborat cu art. 57 și art. 60 alin. (3) din Legea nr. 21/1996,

## DECIDE:

Art. 1. — Quantumul amenzii ce va fi aplicat Societății de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A. pentru încălcarea dispozițiilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 21/1996 prin încheierea și punerea în practică a unei înțelegeri având ca obiect fixarea, în cadrul BAAR, a unor niveluri minime de prime la asigurarea de răspundere civilă auto cu valabilitate în afara teritoriului României (Carte Verde) este de 390.000.000 (treisutenouăzecimilioane) lei.

Art. 2. — Suma reprezentând amenda se va vira în termen de maximum 15 (cincisprezece) zile de la data primirii prezentei decizii de către Societatea de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A. la bugetul de stat, cu ordin de plată tip trezorerie, în contul 361280051300 deschis la Banca Națională a României — Sucursala Municipiului București, beneficiar Trezoreria Sectorului 1, cu mențiunea: „amenzi aplicate conform Legii nr. 21/1996“. Pe versoul ordinului de plată se va menționa: cod cont: 20220103. O copie de pe ordinul de plată va fi transmisă neîntârziat Consiliului Concurenței.

Art. 3. — Prezenta decizie va fi publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, pe cheltuiuala Societății de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A., în termen de 30 de zile de la comunicare.

Art. 4. — Prezenta decizie intră în vigoare la data comunicării sale de către Secretariatul general al Consiliului Concurenței.

Art. 5. — Prezenta decizie poate fi atacată, conform art. 60 alin. (4) din Legea nr. 21/1996, la președintele Consiliului Concurenței, în termen de 15 zile de la comunicare.

Art. 6. — Departamentul servicii și Secretariatul general din cadrul Consiliului Concurenței vor urmări ducerea la îndeplinire a prezentei decizii.

Art. 7. — Secretariatul general va transmite această decizie la:

Societatea de Asigurare Reasigurare OMNIASIG — S.A.  
Sediul social: aleea Alexandru nr. 48, sectorul 1,  
București

Nr. de înregistrare la oficiul registrului comerțului:  
J 40/8.364/1994

Telefon/fax: 231.20.35/231.50.28.

## COMISIA CONSILIULUI CONCURENȚEI

Vicepreședinte,  
**Vasile Șeclăman**

Consilieri de concurență,  
**Viorel Munteanu**                      **Alexe Gavrilă**

București, 5 august 2003.  
Nr. 358.

---

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**

---

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,  
cont nr. 2511.1—12.1/ROL Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
și nr. 5069427282 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78,  
E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro