

**Lege privind organizarea și funcționarea
sistemului de sănătate din România**

Cuprins

TITLUL I SĂNĂTATEA PUBLICĂ	5
CAPITOLUL I Dispoziții generale	5
CAPITOLUL II Principii și domenii de intervenție ale sănătății publice	6
CAPITOLUL III Autoritățile sistemului de sănătate publică	10
CAPITOLUL IV Dispoziții privind obligațiile persoanelor fizice și juridice	15
CAPITOLUL V Utilizarea mass-media în interesul sănătății publice	17
CAPITOLUL VI Inspekția sanitară de stat	17
CAPITOLUL VII Dispoziții tranzitorii și finale	18
TITLUL II PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE	19
CAPITOLUL I Dispoziții Generale	19
CAPITOLUL II Atribuții în realizarea programelor naționale de sănătate	21
CAPITOLUL III Finanțarea programelor naționale de sănătate	21
TITLUL III ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	23
CAPITOLUL I Dispoziții generale	23
CAPITOLUL II Medicina de familie	25
CAPITOLUL III Asistența medicală comunitară	30
CAPITOLUL IV Asistența medicală școlară	32
CAPITOLUL V Finanțarea activității furnizorilor de servicii de medicină primară	32
CAPITOLUL VI Rolul și obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară în sistemul de sănătate	33
TITLUL IV ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE	35
CAPITOLUL I Dispoziții generale	35
CAPITOLUL II Derularea și coordonarea activităților din ambulatoriile de specialitate	36
CAPITOLUL III Finanțarea activității furnizorilor de servicii medicale de specialitate din ambulatoriile de specialitate, laboratoare și centre medicale multifuncționale	39
TITLUL V SPITALELE	41
CAPITOLUL I Dispoziții generale	41
CAPITOLUL II Organizarea spitalelor	41
CAPITOLUL III Funcționarea spitalelor	43
CAPITOLUL IV Spitalul public	45
CAPITOLUL V Finanțarea spitalelor publice	48

CAPITOLUL VI Dispoziții tranzitorii și finale	51
TITLUL VI Efectuarea prelevării și transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană în scop terapeutic	53
CAPITOLUL I Dispoziții generale	53
CAPITOLUL II Donarea și donatorul de organe, țesuturi și celule de origine umană	55
CAPITOLUL III Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană	60
CAPITOLUL IV Finanțarea activității de transplant	61
CAPITOLUL V Sancțiuni	61
CAPITOLUL VI Dispoziții tranzitorii și finale	62
TITLUL VII SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE	64
CAPITOLUL I Definiții generale privind sistemul de asigurări de sănătate	64
CAPITOLUL II Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate	67
Secțiunea 1 Dispoziții generale	67
Secțiunea 2 Acordul Cadru	68
Secțiunea 3 Constituirea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate	71
Secțiunea 4 Utilizarea și administrarea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate	75
Secțiunea 5 Rolul și atribuțiile instituțiilor centrale	78
Secțiunea 6 Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate	83
Secțiunea 7 Persoanele asigurate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate	87
Secțiunea 8 Coplata	89
CAPITOLUL III Organizarea sistemului de asigurări facultative de sănătate	90
Secțiunea 1 Dispoziții generale	90
Secțiunea 2 Contractul de asigurare facultativă de sănătate	91
Secțiunea 3 Relația furnizorilor de servicii de sănătate cu asiguratorii de asigurări facultative de sănătate	93
CAPITOLUL IV Drepturi și obligații asiguraților și furnizorilor în sistemul de asigurări de sănătate	94
Secțiunea 1 Principalele drepturi și obligații ale asiguraților	94
Secțiunea 2 Principalele drepturi și obligații ale furnizorilor de servicii de sănătate	96
CAPITOLUL V Asistența medicală transfrontalieră în sistemul de asigurări de sănătate	97
CAPITOLUL VI Controlul	101
CAPITOLUL VII Răspunderi și sancțiuni *	102
Secțiunea 1 Sancțiuni	102
Secțiunea 2 Infracțiuni	102
Secțiunea 3 Contravenții	102
CAPITOLUL VIII Dispoziții finale	102
TITLUL VIII CARDUL EUROPEAN ȘI CARDUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE	104
TITLUL IX MANAGEMENTUL CALITĂȚII ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE	107
CAPITOLUL I Dispoziții generale	107
CAPITOLUL II Sistemul de asigurare a calității în sistemul de sănătate	107

CAPITOLUL III Agenția Națională pentru Managementul Calității în Sănătate (ANMCS)	108
CAPITOLUL IV Sistemul informațional care stă la baza asigurării calității în sănătate	111
TITLUL X FINANȚAREA UNOR CHELTUIELI DE SĂNĂTATE	113
TITLUL XI TRANSPARENȚA ȘI CONTROLUL ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE	115
CAPITOLUL I Dispoziții generale	115
CAPITOLUL II Transparența în sistemul de sănătate	115
CAPITOLUL III Controlul în sistemul de sănătate	116
TITLUL XII DISPOZITII FINALE SI TRANZITORII	118

TITLUL I SĂNĂTATEA PUBLICĂ

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 1

(1) Sistemul de sănătate publică este alcătuit din ansamblul tuturor structurilor medicale, organizațiilor publice și private, instituțiilor și resurselor destinate să prevină îmbolnăvirile, să mențină, să îmbunătățească și să redea sănătatea populației.

(2) Asistența de sănătate publică este alcătuită din serviciile de sănătate individuale, serviciile de sănătate adresate populației sau anumitor grupuri populaționale, cât și activitățile menite să influențeze politicile și acțiunile din alte sectoare care se adresează **determinațiilor socio-economice, comportamentali și de mediu asupra sănătății**.

Art. 2

Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului sănătății publice pe plan național, sănătatea publică reprezentând un obiectiv de interes social și de securitate națională, în contextul strategiei globale pentru bunăstare și sănătate.

Art. 3

Asistența de sănătate publică este garantată de stat și finanțată prin bugetul Ministerului Sănătății, de la bugetul de stat sau din veniturile proprii, bugetele locale și din alte surse, după caz, potrivit legii.

Art. 4

Responsabilitatea reglementării, coordonării și controlului funcționării sistemului de sănătate publică revine Ministerului Sănătății și structurilor sale de specialitate, organizate pe criterii de competențe și responsabilități la nivel național și teritorial.

Art. 5

Prevenirea îmbolnăvirilor și protecția stării de sănătate constituie o obligație a tuturor autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice.

Art. 6

(1) În înțelesul prezentului titlu, termenii și expresiile de mai jos au următoarea semnificație:

- a) sănătatea publică: componentă a sistemului de sănătate responsabilă de implementarea tuturor măsurilor menite să prevină îmbolnăvirile și să îmbunătățească indicatorii stării de sănătate ai populației;
- b) asistența de sănătate publică reprezintă ansamblul măsurilor fundamentale care se adresează determinanților stării de sănătate, protejării sănătății populației și tratării bolilor cu impact asupra stării de sănătate a populației;

- c) supravegherea: activitatea de colectare sistematică și continuă, analiză, interpretare, evaluare și diseminare a datelor și informațiilor privind starea de sănătate a populației, bolile transmisibile și netransmisibile, pe baza cărora sunt identificate prioritățile de sănătate publică și sunt instituite măsurile de prevenire și control a bolilor.
- d) prevenire și control: aplicarea unor măsuri cu valoare predictivă pozitivă, pentru eliminarea și evitarea sau influențarea favorabilă a unor riscuri și evenimente cu impact negativ asupra stării de sănătate a populației.
- e) monitorizarea riscurilor: identificarea, evaluarea și estimarea gradului în care expunerea la factorii de risc din mediul natural, de viață și de muncă și cei rezultați din stilul de viață individual și comunitar influențează starea de sănătate a populației.
- f) promovarea sănătății: procesul care oferă individului și colectivității posibilitatea de a-și controla și îmbunătăți sănătatea sub raport fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în sănătate.
- g) inspecția sanitară - exercitarea controlului aplicării prevederilor legale privind normele de sănătate publică.

(2) În sensul prevederilor prezentei legi, prin ministere și instituții cu rețele sanitare proprii se înțeleg autoritățile și instituțiile care au în subordine unități sanitare, altele decât Ministerul Sănătății, respectiv Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Justiției, Ministerul Transporturilor și Infrastructurii, Serviciul Român de Informații, Serviciul de Informații Externe, Serviciul de Telecomunicații Speciale, Academia Română și autoritățile administrației publice locale.

CAPITOLUL II Principii și domenii de intervenție ale sănătății publice

Art. 7

Principiile care guvernează sănătatea publică sunt:

- a) responsabilitatea societății pentru sănătatea publică
- b) focalizarea acțiunilor de prevenire pe grupuri populaționale vulnerabile
- c) preocuparea față de determinanții stării de sănătate
- d) abordarea multidisciplinară și intersectorială;
- e) parteneriat activ cu populația, autoritățile publice centrale și locale, alte instituții și organizații guvernamentale și nonguvernamentale cu activitate în domeniul sănătății publice, precum și organisme naționale și internaționale cu competențe în sănătate publică
- f) decizii bazate pe dovezi științifice
- g) decizii fundamentate conform principiului precauției în condiții specifice
- h) descentralizarea sistemului de de sănătate publică

- i) utilizarea unui sistem informațional și informatic integrat pentru managementul sănătății publice
- j) promovarea solidarității, echității și participării active pentru asigurarea sănătății populației

Art. 8

Modalitățile de implementare a principiilor de sănătate publică sunt:

- a) reglementarea în domeniile sănătății publice ;
- b) intervențiile și activitățile desfășurate în cadrul programelor naționale de sănătate publică;
- c) avizarea, autorizarea, notificarea, abilitarea sau înregistrarea unităților, activităților și produselor cu impact asupra sănătății populației;
- d) evaluarea impactului asupra sănătății comunităților și populației în raport cu programe, strategii și politici de sănătate ale tuturor sectoarelor de activitate cu impact asupra determinantilor stării de sănătate;
- e) activitatea de supraveghere epidemiologică a bolilor;
- f) activitatea de inspecție sanitară de stat.

Art. 9

Funcțiile principale ale sistemului de sănătate publică vizează:

- a) dezvoltarea politicilor, strategiilor și programelor pentru asigurarea sănătății populației;
- b) monitorizarea și analiza stării de sănătate a populației, monitorizarea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate;
- c) sănătatea reproducerii;
- d) sănătatea mamei și copilului;
- e) supravegherea epidemiologică, prevenirea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile;
- f) managementul activităților de prevenire primară prin imunoprofilaxie activă;
- g) prevenirea și controlul epidemiilor și evenimentelor neașteptate în starea de sănătate, după caz, instituirea stării de alertă locală, națională sau transfrontalieră;
- h) sănătatea în relație cu mediul;
- i) asigurarea capacităților de răspuns la dezastre sau amenințări la adresa vieții și sănătății populației;
- j) promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos
- k) evaluarea și asigurarea calității serviciilor de asistență de sănătate publică;

- l) cercetarea, dezvoltarea și implementarea unor mecanisme eficiente de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, de informare, educare și comunicare pentru prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea stării de sănătate;
- m) colaborarea la procesul de învățământ medical și educațional pentru integrarea pregătirii profesioniștilor în concordanță cu cerințele pieței serviciilor de sănătate și promovarea conceptului de prevenție primară a îmbolnăvirilor
- n) asigurarea fluxului informațional specific național și internațional;
- o) siguranța alimentului și promovarea politicilor de nutriție sănătoasă;
- p) sănătatea ocupațională;
- q) integrarea priorităților de sănătate publică în politicile și strategiile sectoriale și în strategiile naționale de dezvoltare durabilă.

Art. 10

Principalele direcții de intervenție în domeniul sănătății publice sunt următoarele:

- a) elaborarea, implementarea și realizarea obiectivelor Strategiei Naționale de Sănătate Publică;
- b) realizarea obiectivelor Strategiei Naționale de Sănătate Publică prin Programe Naționale de Sănătate coordonate de Ministerul Sănătății, precum și prin proiecte și parteneriate, cu implicarea activă a instituțiilor publice și private, organizații guvernamentale, naționale și internaționale, precum și organizații neguvernamentale care acționează în domeniul sănătății publice ;
- c) asigurarea implementării, monitorizării și evaluării intervențiilor și activităților prevăzute de Strategia Națională de Sănătate Publică și de Programele Naționale de Sănătate privind prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile prin:
 - 1. asigurarea vaccinării populației împotriva bolilor infecțioase cu impact major asupra stării de sănătate a populației;
 - 2. asigurarea unui sistem eficient de supraveghere, prevenire și control al bolilor transmisibile și netransmisibile;
 - 3. reglementarea normativă pentru prevenirea și combaterea bolilor transmisibile și netransmisibile;
 - 4. programe și intervenții de prevenire și control organizate la nivel național și/sau local;
 - 5. controlul epidemiilor și supravegherea bolilor cu pondere semnificativă în populație;
 - 6. pregătirea și planificarea pentru urgențele de sănătate publică;
 - 7. organizarea acțiunilor de screening pentru depistarea precoce a bolilor;
 - 8. supravegherea infecțiilor nosocomiale și monitorizarea utilizării antibioticelor;

9. coordonarea activităților de implementare a prevederilor Regulamentului Sanitar Internațional la nivel național
 10. elaborarea de norme, metodologii și instrucțiuni privind desfășurarea activităților de asistență de sănătate publică din unitățile din sistemul de învățământ
- d) protejarea sănătății în relație cu mediul înconjurător prin:
1. monitorizarea și influențarea favorabilă a factorilor de mediu în relație cu sănătatea
 2. evaluarea factorilor de mediu nou identificați, cu risc pentru starea de sănătate
 3. definirea standardelor pentru factorii de mediu în relație cu starea de sănătate
 4. reglementarea calității principalilor factori de mediu
 5. stabilirea și reglementarea normelor de igienă comunitară
 6. reglementarea circulației produselor și serviciilor cu impact asupra sănătății publice
- e) siguranța alimentului și nutriția populației prin:
1. supravegherea și controlul calității și siguranței alimentelor;
 2. elaborarea de reglementări în domeniul nutriției și siguranței alimentelor;
 3. supravegherea stării de nutriție a populației;
 4. implementarea de măsuri pentru asigurarea unei nutriții sănătoase în rândul populației.
- f) sănătatea ocupațională prin:
1. elaborarea reglementărilor tehnice necesare protecției sănătății în relație cu mediul de muncă, pentru promovarea sănătății la locul de muncă precum și normelor specifice de medicină muncii;
 2. cercetarea, înregistrarea, declararea bolilor profesionale precum și evidența bolilor legate de profesie
 3. evaluarea riscurilor asupra stării de sănătate a lucrătorilor cauzate de expunerea la factorii nocivi prezenți în mediul de muncă.
- g) colaborarea pe domeniul de competență cu alte ministere și instituții implicate în activități cu impact asupra sănătății și securității în muncă a lucrătorilor.
- h) evaluarea stării de sănătate prin:
1. monitorizarea indicatorilor stării de sănătate conform standardelor naționale și internaționale
 2. analiza evoluției morbidității și a determinantilor stării de sănătate
 3. evaluarea eficacității și eficienței intervențiilor și activităților din cadrul programelor naționale de sănătate
 4. managementul nevoilor populației privind serviciile de sănătate publică

5. identificarea problemelor și riscurilor de sănătate în comunități
- i) promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos și educația pentru sănătate prin:
 1. programe de educație pentru sănătate în scopul promovării stării de sănătate, care să răspundă problemelor prioritare de sănătate publică identificate la nivel național și local
 2. campanii de informare-educare-comunicare adresate populației generale, unor grupuri populaționale la risc sau grupurilor populaționale vulnerabile
 3. implicarea comunităților locale în protejarea și promovarea stării de sănătate
- j) managementul sănătății publice bazat pe:
 1. coordonare și inițiativă în formularea și implementarea politicilor de sănătate publică pe baze științifice;
 2. evaluarea calității resursei umane și a serviciilor de sănătate publică la nivelul comunităților
 3. asigurarea coordonării și cooperării intersectoriale și multisectoriale în sănătate publică și evaluarea periodică a acestora, în conformitate cu conceptul european “sănătate în toate politicile”
 4. evaluarea impactului politicilor din alte sectoare asupra stării de sănătate
 5. cercetare în managementul sănătății publice și a sistemelor de sănătate
- k) inspecția sanitară de stat prin:
 1. verificarea conformității cu normele legale în domeniul sănătății publice a amplasamentelor, activităților, proceselor, serviciilor, produselor, inclusiv produsele de origine umană destinate utilizării terapeutice, precum și a factorilor de mediu;
 2. verificarea respectării reglementărilor privind starea de sănătate a personalului angajat, cunoștințele, atitudinile și practicile acestuia în raport cu normele igienico-sanitare și domeniul de activitate ;
 3. efectuarea controalelor pe baza depistării riscurilor pentru sănătate și impunerea măsurilor de eliminare sau, după caz, de diminuare a acestora;
 4. comunicarea datelor despre existența și dimensiunea riscului identificat persoanelor responsabile cu managementul riscului, consumatorilor și altor potențiali receptori interesați.

CAPITOLUL III Autoritățile sistemului de sănătate publică

Art. 11

- (1) În sensul prezentei legi, prin autorități ale sistemului de sănătate publică se înțelege:

- a) Ministerul Sănătății, autoritatea centrală în domeniul sănătății publice, organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, ordonator principal de credite, în subordinea Guvernului;
- b) Comitetul Național pentru Sănătate Publică, denumit în continuare CNSP, organism tehnic aflat în coordonarea Primului Ministru, cu rol în coordonarea politicilor și acțiunilor cu impact asupra sănătății populației. CNSP este format din reprezentanți ai administrației publice centrale (ministere și institutii guvernamentale) și ai societății civile. Regulamentul de organizare și funcționare al CNSP se aproba prin hotărâre a guvernului în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.
- c) Institutul Național de Sănătate Publică, unitate de specialitate în domeniul sănătății publice la nivel național și regional, cu personalitate juridică, ordonator terțiar de credite, în subordinea Ministerului Sănătății;
- d) structurile deconcentrate ale Ministerului Sănătății, cu personalitate juridică, ordonatori secundari de credite, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel administrativ teritorial;

(2) Pentru realizarea obiectivelor specifice de prevenire, supraveghere, monitorizare și control a priorităților de sănătate publică naționale, instituțiile prevăzute la alin.(1) literele c și d sunt finanțate prin bugetul Ministerului Sănătății, de la bugetul de stat.

(3) Pentru diagnosticul bolilor transmisibile prioritare, precum și pentru producția de vaccinuri și seruri, strict necesare acțiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor populației prin boli transmisibile, Ministerul Sănătății asigură finanțarea necesară, de la bugetul de stat.

Art. 12

Ministerul Sănătății are în principal următoarele atribuții și responsabilități:

- a) elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, în acord cu prioritățile de sănătate publică naționale și internaționale;
- b) coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local;
- c) evaluează și monitorizează starea de sănătate a populației, ia măsuri pentru îmbunătățirea acesteia și informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendințele de evoluție și ia măsurile necesare pentru îmbunătățirea acestora;
- d) reglementează modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate;
- e) monitorizează, controlează și evaluează activitatea unităților sanitare și ia măsuri pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate populației;
- f) asigură, în colaborare cu instituțiile administrației publice centrale și locale, resursele umane, materiale și financiare necesare funcționării unităților din sistemul public de sănătate;

- g) colaborează cu reprezentanții autorităților administrației publice centrale și locale, cu cei ai societății civile și cu mass-media în scopul educației pentru sănătate a populației și adoptării unui stil de viață sănătos;
- h) stabilește prioritățile naționale de sănătate publică și asigură coordonarea și monitorizarea derulării la nivel național a programelor naționale de sănătate, conform actelor normative care reglementează modul de organizare, derulare și finanțare a programelor naționale de sănătate
- i) elaborează și avizează reglementări în domeniul asistenței de sănătate publică
- j) evaluează periodic și prezintă informări periodice Guvernului privind indicatorii stării de sănătate a populației și realizarea obiectivelor programelor naționale de sănătate
- k) coordonează, implementează și monitorizează proiectele finanțate din fonduri europene, prin acorduri bilaterale, și alte acorduri internaționale în domeniul de competență
- l) coordonează din punct de vedere științific și metodologic, prin departamentele de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, prin structurile de specialitate, aflate în subordinea sau coordonarea acestuia, precum și prin comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, sistemul de sănătate publică
- m) organizează și coordonează la nivel național activitatea de inspecție sanitară de stat
- n) aprobă, prin ordin al ministrului, ghidurile clinice cu participarea Comisiilor de specialitate ale ministerului sănătății și/sau a instituțiilor din subordine, după caz.
- o) Ministerul Sănătății coordonează la nivel național implementarea activităților care decurg din obligațiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană și procedurile de implementare a actelor comunitare privind domeniul sănătății publice.
- p) propune, elaborează și implementează măsurile de prevenire și combatere a fraudei și corupției din sistemul public de sănătate, în concordanță cu documentele strategice naționale și europene.

Art. 13

Alte atribuții și responsabilități, organizarea, reorganizarea și funcționarea Ministerului Sănătății sunt reglementate prin hotărâri ale guvernului și ordine ale ministrului sănătății

Art. 14

Structurile deconcentrate ale Ministerului Sănătății au, în principal, următoarele atribuții și responsabilități:

- a) evaluează și controlează modul de asigurare a asistenței medicale profilactice și curative la nivel teritorial;
- b) organizează acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor și de promovare a sănătății;
- c) colectează, înregistrează, evaluează și transmit date privind sănătatea populației, utilizând informațiile în scopul identificării problemelor locale de sănătate publică;

- d) identifică și intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică sau amenințările la adresa sănătății populației;
- e) intervin în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul comunităților/populației sau ale persoanelor aparținând grupurilor defavorizate;
- f) organizează culegerea și prelucrarea informațiilor statistice medicale primite de la furnizorii de servicii de sănătate și transmit rapoarte statistice lunare către instituțiile desemnate;
- g) întocmesc rapoarte privind starea de sănătate a populației, care sunt înaintate Ministerului Sănătății, Institutului Național de Sănătate Publică precum și partenerilor instituționali la nivel local, la solicitare;
- h) implementează, coordonează, monitorizează și evaluează modul de derulare a programelor naționale de sănătate la nivel local, și încheie contracte de furnizare de servicii, în condițiile prevăzute în actele normative care reglementează modul de derulare și finanțare a programelor naționale de sănătate;
- i) monitorizează și coordonează activitățile de evaluare a impactului asupra stării de sănătate, a politicilor și programelor din alte sectoare de activitate;
- j) participă activ la programele de instruire a personalului din serviciile de sănătate publică;
- k) coordonează la nivel local implementarea activităților care decurg din obligațiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană și planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătății;
- l) organizează și desfășoară activitatea de inspecție sanitară de stat la nivel teritorial.

Art. 15

Alte atribuții și responsabilități, organizarea, reorganizarea și funcționarea structurilor deconcentrate ale Ministerului Sănătății sunt reglementate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 16

Institutul Național de Sănătate Publică are, în principal, următoarele atribuții și responsabilități:

- a) reprezintă autoritatea națională competentă în domeniul bolilor transmisibile;
- b) asigură îndrumarea tehnică și metodologică a sistemului de sănătate publică, pe domeniile de competență, stabilite conform legislației în vigoare;
- c) participă la elaborarea strategiilor și politicilor din domeniul de competență;
- d) participă la elaborarea de proiecte de acte normative, norme, metodologii și instrucțiuni privind domeniile specifice din domeniul sănătății publice, efectuează expertize și evaluări, oferă asistență tehnică și realizează servicii de sănătate publică, la solicitarea unor persoane fizice sau juridice;
- e) supraveghează starea de sănătate a populației, bolile transmisibile și netransmisibile, pentru identificarea problemelor de sănătate comunitară;

- f) asigură sistemul de supraveghere epidemiologică, precum și de alertă precoce și răspuns rapid și participă la schimbul de informații în cadrul rețelei naționale și europene de supraveghere epidemiologică în domeniul bolilor transmisibile;
- g) participă la efectuarea de investigații epidemiologice de teren, din proprie inițiativă, la solicitarea Ministerului Sănătății sau la solicitarea autorităților administrației publice locale;
- h) elaborează metodologia, instrumentele și indicatorii de monitorizare și evaluare a serviciilor și programelor de sănătate publică, de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate, stabilite conform actelor normative care reglementează modul de derulare și finanțare a programelor naționale de sănătate;
- i) avizează, autorizează și notifică activitățile și produsele cu impact asupra sănătății populației, în baza metodologiei și procedurilor aprobate de ministrul sănătății;
- j) participă la procesul de învățământ medical de bază și de specializare și perfecționare, în domeniile specifice din cadrul sănătății publice;
- k) desfășoară activități de cercetare-dezvoltare în domeniul sănătății publice;
- l) asigură organizarea și funcționarea unui sistem informațional și informatic standardizat pentru managementul sănătății publice;
- m) coordonează la nivel național și teritorial implementarea activităților care decurg din obligațiile asumate prin Tratatul de aderare a României la Uniunea Europeană și planurile de implementare a actelor comunitare referitoare la domeniul sănătății;
- n) implementează, ca ordonator terțiar de credite Programele Naționale de Sănătate stabilite prin actele normative care reglementează modul de organizare, monitorizare, control și finanțare a programelor naționale de sănătate.
- o) organizarea, conducerea, îndrumarea și verificarea din punct de vedere tehnic și metodologic, pe întregul teritoriu al țării, a sistemului informațional în domeniul sănătății publice,
- p) organizarea, conducerea și controlul sistemului informatic în domeniul sănătății publice;
- q) organizarea și administrarea bazei naționale de date privind statisticile de sănătate;
- r) elaborarea indicatorilor de evaluare a stării de sănătate;
- s) asigură organizarea, îndrumarea tehnică și organizarea sistemului național de statistică și informatică în domeniul sănătății publice;
- t) organizează și administrează baza națională de date privind statisticile de sănătate.

Art. 17

Alte atribuții și responsabilități, organizarea, reorganizarea și funcționarea Institutului Național de Sănătate Publică sunt reglementate prin hotărâri ale guvernului și/sau ordine ale ministrului sănătății, după caz.

Art. 18

Alte instituții din sistemul de sănătate publică:

- a) institute naționale de cercetare dezvoltare și alte unități cu personalitate juridică, care funcționează potrivit legii, în coordonarea Ministerului Sănătății;
- b) alte instituții, structuri, servicii cu sau fără personalitate juridică, care desfășoară activități în domeniul asistenței de sănătate publică la nivel național, regional, județean sau local, aflate în subordonarea sau coordonarea ministerului sănătății, respectiv, în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităților administrației publice locale, nominalizate prin hotărâre a guvernului, la propunerea sau cu avizul Ministerului Sănătății.

Art. 19

(1) Instituțiile care desfășoară activități în domeniul asistenței de sănătate publică la nivel național și teritorial, cu personalitate juridică, aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, se înființează, se reorganizează sau se desființează, la propunerea Ministerului Sănătății, prin hotărâre a guvernului.

(2) Direcțiile, unitățile și serviciile care desfășoară activități în domeniul asistenței de sănătate publică aflate în subordonarea sau coordonarea altor ministere sau ale autorităților administrației publice teritoriale se înființează, se reorganizează sau se desființează, la propunerea autorității sale ierarhice, cu avizul Ministerului Sănătății și prin hotărâre a guvernului.

CAPITOLUL IV Dispoziții privind obligațiile persoanelor fizice și juridice**Art. 20**

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

- a) efectuarea controlului medical periodic, conform normelor de sănătate publică și securitate în muncă;
- b) aplicarea măsurilor de igienă, dezinsecție, dezinsecție și deratizare periodică la locul de muncă;
- c) vaccinarea și profilaxia specifică impusă de riscurile de la locul de muncă.

Art. 21

(1) Cetățenii români și orice altă persoană aflată pe teritoriul României, precum și unitățile și agenții economici au obligația să respecte măsurile de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, să respecte întocmai normele de igienă și sănătate publică și să aplice măsurile legale în vigoare stabilite privind instituirea condițiilor pentru prevenirea îmbolnăvirilor și pentru promovarea sănătății individului și a populației.

(2) Furnizorii de servicii de sănătate din sectorul public și privat sunt obligați să respecte prevederile prezentului titlu.

(3) Nerespectarea prevederilor alin 1) și alin 2) ale prezentului articol atrage după sine, răspunderea contravențională sau penală, conform legii, după caz.

Art. 22

(1) Informațiile privind sănătatea populației se păstrează la structurile deconcentrate ale Ministerului Sănătății, la autoritățile de sănătate publică ale ministerelor cu rețea de servicii medicale proprii, precum și la instituțiile desemnate specific în acest scop și pot fi folosite în scopul întocmirii rapoartelor statistice nenominalizate, în vederea evaluării stării de sănătate a populației.

(2) Folosirea în alte scopuri a informațiilor înregistrate se poate admite numai dacă este îndeplinită una dintre următoarele condiții:

- a) există o dispoziție legală în acest sens;
- b) există acordul persoanei în cauză;
- c) datele sunt necesare pentru prevenirea îmbolnăvirii unei persoane sau a comunității, după caz;
- d) datele sunt necesare pentru efectuarea urmăririi penale, în condițiile legii.

(3) Păstrarea confidențialității informațiilor cu caracter personal este obligatorie pentru toate persoanele care prin activitatea pe care o desfășoară au acces la acestea în mod direct sau indirect.

Art. 23

(1) Pentru situații speciale, cu impact major asupra sănătății publice, se constituie stocul de rezervă al Ministerului Sănătății, denumit Rezerva pentru situații speciale, care cuprinde medicamente, seruri, vaccinuri, dezinfectante, insecticide, dispozitive medicale și alte materiale specifice, iar la nivelul structurilor deconcentrate ale Ministerului Sănătății, rezerva antiepidemică.

(2) Normele metodologice de constituire, păstrare și utilizare a rezervei pentru situații speciale a Ministerului Sănătății și a rezervei antiepidemice se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 24

(1) Pentru servicii de asistență în domeniul sănătății publice, efectuate de către structurilor deconcentrate ale Ministerului Sănătății la cererea unor persoane fizice și juridice, se percep tarife potrivit reglementărilor în vigoare.

(2) Veniturile proprii obținute potrivit alin. (1) se folosesc în condițiile legii.

CAPITOLUL V Utilizarea mass-media în interesul sănătății publice**Art. 25**

(1) Campaniile naționale de schimbare a comportamentelor și de informare, educare și comunicare cu privire la teme care privesc sănătatea publică trebuie să fie avizate de Ministerul Sănătății, conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Societatea Română de Radiodifuziune și Societatea Română de Televiziune sunt obligate ca în cadrul grilelor de programe să rezerve gratuit spațiu de emisie necesar promovării campaniilor naționale de schimbare a comportamentelor și de informare, educare și comunicare referitoare la teme care privesc sănătatea publică.

(3) În situații speciale, de interes public național sau de risc epidemiologic major asupra stării de sănătate a populației, toate societățile de televiziune și radio sunt obligate să preia și să transmită, în mod gratuit, mesaje de avertizare sau informare -educare elaborate de Ministerul Sănătății.

CAPITOLUL VI Inspecția sanitară de stat**Art. 26**

(1) Activitatea de inspecție sanitară de stat se organizează pe domenii specifice de activitate, este coordonată de către structura de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății și derulată prin structurile de specialitate din structurile deconcentrate ale Ministerului Sănătății, conform competențelor stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Furnizorii de servicii de sănătate din sectorul public și privat precum și toate unitățile supuse inspecției sanitare, conform legislației în vigoare din domeniul sănătății publice, au obligația de a permite accesul persoanelor împuternicite de către Ministerul Sănătății în vederea efectuării inspecției.

Art. 27

(1) Personalul care exercită activitatea de inspecție sanitară de stat are calitatea de funcționar public și este împuternicit, de către Ministerul Sănătății, conform competențelor.

(2) Activitatea de inspecție sanitară se organizează și se derulează conform normelor generale și specifice elaborate și aprobate prin ordin al ministrului sănătății, cu respectarea prevederilor legale privind sănătatea publică.

Art. 28

(1) Pentru exercitarea activității de inspecție în sănătatea publică, personalul împuternicit are drept de:

- a) acces în orice tip de unități, la documente, informații, conform competențelor;
- b) recoltare a produselor în vederea analizării și evaluării riscului pentru sănătatea publică;
- c) constatare și sancționare a contravențiilor prevăzute de legislația din domeniul sănătății publice.
- d) aplicare de sigilii sau semne distinctive cu valoare de sigiliu.

(2) În situații de risc pentru sănătatea publică, personalul împuternicit ia următoarele măsuri: interzicerea punerii în consum a produselor, decide retragerea produselor, suspendarea activităților, închiderea unităților, retragerea sau anularea autorizației sanitare de funcționare, a avizului, a notificărilor pentru activități și produse și dispune orice alte măsuri pe care situația le impune, conform legii.

(3) Concluziile activităților de control, abaterile de la normele legale, recomandările și termenele de remediere a deficiențelor, precum și alte măsuri legale aplicate se consemnează în procese-verbale de control, rapoarte de inspecție, procese-verbale de constatare a contravențiilor, procese verbale de recoltare a probelor, decizii de suspendare a activităților, decizii de închidere a unităților, după caz.

(4) În exercitarea activității, personalul împuternicit asigură păstrarea confidențialității datelor, cu excepția situațiilor care constituie un risc pentru sănătatea publică, caz în care comunicarea se va face prin reprezentantul legal.

CAPITOLUL VII Dispoziții tranzitorii și finale**Art. 29**

Prevederile specifice ale prezentului titlu se aplică și de către ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii.

TITLUL II PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

CAPITOLUL I Dispoziții Generale

Art. 30

(1) Programele naționale de sănătate constituie principala modalitate de implementare a politicilor și strategiilor de sănătate publică.

(2) Programele naționale de sănătate reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale orientate spre domeniile de intervenție prioritare ale sănătății publice.

(3) Derularea programelor naționale de sănătate reprezintă un proces de organizare a resurselor umane, materiale și financiare în scopul asigurării de bunuri, servicii sau schimbări ale comportamentelor și mediului de viață și muncă pentru beneficiarii acestor programe, ca răspuns la anumite nevoi de sănătate publică identificate din date obiective.

(4) Programele naționale de sănătate sunt destinate:

- a) prevenirii, supravegherii și controlului bolilor transmisibile;
- b) prevenirii, supravegherii și controlului bolilor netransmisibile;
- c) promovării sănătății și a unui stil de viață sănătos;
- d) monitorizării factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- e) asigurării sănătății mamei și copilului.

(5) Programele naționale de sănătate cuprind următoarele etape:

- a) inițierea;
- b) implementarea;
- c) monitorizarea;
- d) evaluarea.

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

- a) obiectivele;
- b) activitățile;
- c) resursele (umane, materiale, procedurale și de timp),
- d) beneficiarii / populația-țintă;
- e) cheltuieli eligibile;
- f) sistemul managerial;
- g) componenta de evaluare.

Art. 31

(1) Programele naționale de sănătate sunt inițiate, monitorizate și evaluate de către Ministerul Sănătății.

(2) Managementul programele naționale de sănătate este realizat de către unitățile de management organizate în structura unităților din subordinea Ministerului Sănătății.

(3) Structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, lista unităților de specialitate, categoriile de cheltuieli eligibile precum și orice alte condiții și termene necesare derulării programelor se aprobă prin hotărâre a Guvernului, inițiată la propunerea Ministerului Sănătății.

(4) Normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(5) Beneficiarii programelor naționale de sănătate derulate de către Ministerul Sănătății sunt cetățeni români, indiferent dacă aceștia au sau nu calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate.

(6) Criteriile de eligibilitate care trebuie îndeplinite de beneficiari pentru includerea în programele naționale de sănătate sunt prevăzute în normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(7) Pentru derularea programelor naționale de sănătate, Ministerul Sănătății sau, după caz, unitățile din subordinea acestuia, pot organiza la nivel național proceduri pentru achiziția de medicamente, dispozitive medicale și servicii de sănătate.

(8) Acordarea medicamentelor și dispozitivelor medicale, pentru pacienții cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, se poate realiza și pe baza de contracte cost-volum și contracte cost-volum-rezultat, în condițiile prevăzute în hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (3).

(9) Lista denumirilor comune internaționale ale medicamentelor utilizate în programele naționale de sănătate se elaborează de către Ministerul Sănătății, pe baza analizei studiilor de evaluare a tehnologiilor medicale efectuate de către ANMCS, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și se aprobă prin hotărâre a guvernului prevăzută la alin. (3).

(10) În lista prevăzută la alin. (9) se includ numai denumirile comune internaționale ale medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piață în România.

Art. 32

(1) Programele naționale de sănătate se implementează prin unități de specialitate, selectate pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății.

(2) În înțelesul prezentului titlu, unitățile de specialitate sunt:

- a) furnizori de servicii de sănătate aflați în relații contractuale cu asiguratorii de sănătate din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate definiți în condițiile prezentei legi;
- b) unități medicale publice și private;
- c) unități aflate în subordinea Ministerului Sănătății;
- d) instituții publice;
- e) organizații guvernamentale și neguvernamentale cu activitate relevantă în domeniul sănătății publice.

(3) Unitățile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot angaja personal pentru derularea programelor naționale de sănătate ca acțiuni multianuale pe toată perioada de derulare a acestora.

(4) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate prevăzute la alin. (2) pot încheia contracte/convenții civile cu medici, asistenți medicali și alte categorii de personal, după caz, precum și cu persoane juridice, potrivit dispozițiilor Codului civil și în condițiile stabilite prin normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(5) Contractele/convențiile civile încheiate în condițiile alin. (4) de către unitățile de specialitate stabilite la alin. (2) prevăd acțiuni multianuale și se încheie pentru toată perioada de derulare.

(6) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (3) și (4) sunt cuprinse în fondurile alocate programelor naționale de sănătate.

Art. 33

Unitățile de specialitate prevăzute la art. 32 alin. (2) pot derula programe naționale de sănătate în baza contractelor încheiate cu unitățile din subordinea Ministerului Sănătății care au în structură unități de management, prevăzute în hotărâre de guvern.

CAPITOLUL II Atribuții în realizarea programelor naționale de sănătate

Art. 34

Ministerul Sănătății asigură coordonarea programelor naționale de sănătate prin îndeplinirea următoarelor atribuții:

- a) elaborează strategia programelor naționale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naționale de sănătate publică;
- b) propune Guvernului spre aprobare programele naționale de sănătate;
- c) aprobă normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate;
- d) asigură organizarea, monitorizarea, controlul, precum și finanțarea programelor naționale de sănătate.

CAPITOLUL III Finanțarea programelor naționale de sănătate

Art. 35

(1) Finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(2) Ministerul Sănătății poate reține la dispoziția sa, din veniturile proprii, o cotă de rezervă calculată din totalul fondurilor aprobate pentru programele naționale de sănătate, al cărei nivel și mod de utilizare se stabilesc prin hotărâre a Guvernului.

(3) Sumele alocate programelor naționale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 597 din 13 august 2002.

(4) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate, sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților de specialitate prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

(5) Sumele menționate la alin. (1) vor fi publicate pe site-ul Ministerului Sănătății împreună cu bugetul de venituri și cheltuieli și execuția acestuia.

TITLUL III ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 36

(1) Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului asistenței medicale primare, și definește serviciile medicale specifice, de prim-contact, în contextul asigurării continuității acestora pentru populația deservită.

(2) Asistența medicală primară este asigurată prin :

- a) medicina de familie ;
- b) asistența medicală comunitară ;
- c) asistența medicală școlară ;
- d) medicina dentară ;
- e) asistența farmaceutică.

(3) Medicina de familie, asistența medicală școlară și asistența medicală comunitară fac obiectul prezentului titlu, iar medicina dentară și asistența farmaceutică fac obiectul altor titluri din prezenta lege.

(4) În cuprinsul prezentei legi următorii termeni sunt definiți astfel:

- a) asistență medicală primară – servicii medicale furnizate populației, cu responsabilitatea asigurării continuității actului medical, indiferent de absența sau prezența bolii, cu integrarea aspectelor fizice, psihologice și sociale ale stării de sănătate, în limitele competenței personalului medical. Obiectivele principale ale asistenței medicale primare sunt reprezentate de prevenție, promovarea sănătății, îngrijirea afecțiunilor acute și cronice, îngrijiri la domiciliu și activități de îngrijiri medicale la nivelul comunității deservite;
- b) medicina de familie - specialitate medicală clinică ce asigură servicii medicale de prim-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia;
- c) asistența medicală comunitară – ansamblul de programe, activități și servicii de sănătate organizate și coordonate prin cabinetul de medicină de familie, centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, precum și pe nevoile comunității, acordate în sistem integrat cu serviciile sociale la nivelul comunității deservite;
- d) asistența medicală școlară – ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate și derulate în colectivitățile de copii preșcolari, școlari și studenți, prin cabinetele medicale organizate conform legii, în unitățile de învățământ preșcolar, școlar sau universitar, publice sau private, fiind parte integrantă a asistenței medicale primare;
- e) medicul specialist de medicină de familie – medicul confirmat specialist în urma formării prin rezidențiat în specialitatea medicină de familie;

- f) medic de medicina generala – absolvent al facultății de medicină sau pediatrie din România, promoție anterioară anului 2005, care nu a dobândit calificarea de medic specialist, dar a întrunit condițiile de exercitare a profesiei în baza prevederilor anterioare prezentei legi, precum și categoriile asimilate, în conformitate cu legislația națională și comunitară.
- g) medic de familie – termen care nu constituie un titlu profesional și care desemnează: medicul specialist de medicină de familie precum și medicul confirmat specialist în una dintre specialitățile medicină generală adulți, medicină generală copii, medicină generală pediatrie, medicină generală, medicină generală/medicină de familie, precum și categoriile asimilate celor de mai sus, în conformitate cu legislația națională și comunitară;
- h) medic scolar - termen care nu constituie un titlu profesional și care desemnează: medicul specialist de medicină de familie, medicul cu competențe limitate, precum și medicul confirmat specialist în una dintre specialitățile medicină generală adulți, medicină generală copii, medicină generală pediatrie, medicină generală, care poate derula activitățile specifice medicinei școlare fie în mod organizat prin cabinetele de medicină școlară, fie prin cabinetele de medicină de familie acolo unde nu există cadrul organizat pentru medicina școlară în unitățile de învățământ respective;
- i) medic cu competente limitate – medicii din promoția 2005 și ulterioare, care nu au fost confirmați medici rezidenți și beneficiază de competente limitate, putând fi încadrați în unități sanitare publice sau private, în unități de învățământ ca și medici școlari precum și în cabinetele medicilor de familie. Medicii cu competente limitate nu pot intra în relație contractuală directă cu asiguratorii;
- j) cabinetul de medicină de familie – unitatea medicală privată care furnizează servicii medicale în asistența medicală primară persoanelor asigurate înscrise în lista proprie dar și persoanelor care nu figurează în lista proprie. Titularul cabinetului medical de medicina de familie poate fi orice medic care întrunește una din condițiile prevăzute la lit. g), și nu poate îndeplini această calitate decât pentru un singur cabinet medical. El este reprezentantul legal al cabinetului în relațiile contractuale, în cazul în care nu este desemnată alta persoană, și coordonează întreaga activitate a cabinetului de medicină de familie
- k) patrimoniul de afectatiune profesională - totalitatea bunurilor, drepturilor și obligațiilor medicului afectate scopului exercitării profesiei sale, constituite ca o fracțiune distinctă a patrimoniului medicului, separată de salariul general al creditorilor acestuia;
- l) cabinetul de medicina școlară – forma organizată prin care se asigură serviciile și activitățile specifice în colectivitățile de copii preșcolari, școlari în unitățile de învățământ; în absența acestora, serviciile medicale și activitățile specifice se asigură prin cabinetele de medicina de familie;
- m) cabinetele de sănătate – cabinete de medicina de familie care utilizează sisteme speciale de colectare, înregistrare și raportare continuă a datelor cu caracter statistic și epidemiologic în vederea sprijinirii deciziilor clinice și de politici sanitare, cunoașterea morbidității, implementarea unor tehnologii sau practici medicale noi,

pentru calcularea cost-eficacității diferitelor servicii furnizate, în vederea introducerii de servicii noi sau

- n) grupul de practică medicală – entitatea juridică formată din mai mulți furnizori, cu sau fără sediu comun, care își asumă atât responsabilități clinice, cât și gestionarea financiară a fondurilor primite pentru managementul cazurilor de boli cronice netransmisibile; în cadrul grupului de practică pot fi incluse și cabinete medicale de specialitate, altele decât medicina de familie. Pentru diversele forme de îngrijire ale bolilor cronice netransmisibile, serviciile medicale pot fi furnizate la nivelul cabinetelor de medicina de familie sau de alți furnizori, prin subcontractare;
 - o) plata pe caz de boala cronică netransmisibilă – sistemul de plată care se bazează pe încheierea unor contracte între asiguratorii și grupurile de practică medicală, în scopul gestionării integrate a cazurilor de boli cronice netransmisibile;
 - p) echipa de asistență medicală comunitară – constituită la nivel comunitar din medic de medicină generală cu competențe limitate, asistent medical comunitar, mediator sanitar, precum și din moașa, asistent social și alte profesii, în raport cu necesitățile comunității;
 - q) echipa multidisciplinară de asistență medicală primară – include cabinetul de medicină de familie, cu personalul propriu și echipa de asistență medicală comunitară;
 - r) contract de furnizare a serviciilor de asistență medicală primară – modalitatea prin care se contractează și decontează serviciile de medicină de familie sau alte tipuri de servicii cu asiguratorii de sănătate, alți furnizori de servicii medicale, unități publice și private, consilii ale autorității publice locale.
- (5) Aplicarea prevederilor prezentei legi se face în baza următoarelor principii:
- a) principiul competenței profesionale – conform căruia furnizarea serviciilor de asistență medicală primară se face în baza competențelor profesionale dobândite;
 - b) principiul accesibilității universale a populației la servicii de asistență medicală primară – conform căruia, la stabilirea distribuției teritoriale a furnizorilor de servicii de asistență medicală primară se va avea în vedere asigurarea echilibrului și echității în acoperirea nevoilor de sănătate ale populației, în conformitate cu prioritățile politicilor de sănătate la nivel național;
 - c) principiul continuității serviciilor medicale – conform căruia trebuie asigurată populației asistență medicală permanentă, pe baza integrării serviciilor oferite între toate nivelurile de asistență medicală și medico-socială;
 - d) principiul răspunderii personale – conform căruia, medicul de familie, indiferent de calitatea sa de titular sau angajat al cabinetului medical, este independent din punct de vedere al actului profesional, are drept de decizie și poartă întreaga răspundere a actelor sale.

CAPITOLUL II Medicina de familie

Art. 37

(1) Medicul de familie își desfășoară activitatea:

- a) ca persoana fizică, pe baza de contract de muncă, în baza certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România și a înregistrării la administrația financiară în a cărei rază domiciliază medicul;
- b) organizat sub forma de cabinet medical cu lista de pacienți, indiferent de forma de organizare, pe baza unei relații contractuale de furnizare de servicii medicale conform legislației în vigoare;
- c) organizat sub forma de cabinet medical fără lista de pacienți și fără o relație contractuală de furnizare de servicii medicale cu un asigurator.

(2) Caracteristicile asistenței medicale acordate de medicul de familie sunt următoarele:

- a) constituirea punctului de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces nediscriminatoriu pacienților;
- b) asigurarea permanenței serviciilor de asistență medicală primară
- c) folosirea eficientă a resurselor sistemului de sănătate;
- d) colaborarea cu furnizorii de servicii medicale și sociale și asigurarea continuității îngrijirilor acordate pacienților;
- e) promovarea sănătății și a stării de bine a pacienților prin intervenții adecvate și eficiente;
- f) comunicarea directă medic-pacient pentru promovarea principiilor educației terapeutice, prin care pacientul devine responsabil pentru menținerea sau restabilirea stării de sănătate proprii;
- g) colaborarea cu autoritățile administrației publice locale din zona în care își desfășoară activitatea, urmărind rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității.

Art. 38

(1) Cabinetul de medicină de familie furnizează servicii de asistență medicală, comunitară și școlară, după caz, pentru toate categoriile de pacienți, în cadrul unor activități și atribuții specifice prin:

- a) asigurarea accesului echitabil la servicii medicale în funcție de nevoile locale și resursele utilizate;
- b) eficiența serviciilor oferite în funcție de caracteristicile pacienților;
- c) eficacitatea serviciilor medicale reflectate în rezultatele îngrijirilor medicale.

(2) Cabinetul de medicină de familie poate furniza servicii medicale sub forma serviciilor medicale esențiale, adiționale și îmbunătățite, atât în activitatea zilnică, cât și prin centrele de permanență sau garda la domiciliu, precum și activități de cercetare științifică, dacă medicii care activează în aceste cabinete sunt acreditați pentru acest scop.

Art. 39

(1) Medicii de familie profesează în mod independent, în sistem privat, organizați în conformitate cu reglementările legale în vigoare.

(2) Cabinetele medicale care furnizează servicii de asistență medicală primară nu pot fi asociați sau acționari ai producătorilor, distribuitorilor și furnizorilor de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale, precum și ai altor categorii de furnizori publici sau privați de servicii medicale, indiferent de forma de organizare.

(3) Producătorii, distribuitorii și furnizorii de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale, precum și alte categorii de furnizori publici sau privați de servicii medicale, indiferent de forma de organizare, nu pot înființa, deține sau administra cabinete medicale de medicină primară.

(4) Relația de asociere dintre furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și celelalte categorii de furnizori de servicii medicale se poate realiza doar sub forma grupurilor de practică, pe baza de contract, în scopul rezolvării problemelor de sănătate ale pacienților.

(5) Autoritățile administrației publice locale nu pot înființa, deține sau administra decât spații cu destinație de cabinete medicale de medicină de familie, fără a avea dreptul legal de a fi fondatori, asociați sau acționari ale acestor cabinete.

Art. 40

(1) Preluarea unui patrimoniu de afectare profesională de medicină de familie existent poate fi realizată de către un medic de familie, așa cum este definit la art.36 alin.(4) lit. e) și f) din prezenta lege, ori de un alt cabinet medical de medicină de familie așa cum este definită la art. 39 (4) lit.g) din prezenta lege, în care cel puțin un medic este confirmat în specialitatea medicină de familie, respectându-se principiile instruirii oricărui bun privat, în conformitate cu legislația în vigoare.

(2) Noul deținător va aduce la cunoștința direcțiilor de sănătate publică teritorială, asiguratorului de sănătate, respectiv pacienților, preluarea patrimoniului de afectare profesională, cu respectarea metodologiei aprobate.

Art. 41

(1) Cabinetele medicale de medicină de familie organizate în conformitate cu reglementările legale în vigoare și care își desfășoară activitatea în mediul rural pot înființa sedii secundare, sub forma punctelor de lucru.

(2) Punctul, punctele de lucru se pot înființa numai în localitățile din mediul rural, în următoarele condiții:

- a) în localitatea în care își are sediul cabinetul medical, indiferent de forma sa de organizare, dacă adresabilitatea populației este diminuată din cauza distanțelor de parcurs, caz în care medicul titular sau reprezentantul legal al cabinetului poate angaja suplimentar personal medical specializat pentru a asigura serviciile necesare;

- b) într-o localitate limitrofă, dacă în aceasta localitate nu funcționează un cabinet de medicină de familie; în aceasta situație punctul de lucru se va desființa odată cu organizarea unui cabinet medical de medicină de familie nou. Lista de pacienți a cabinetului medical care înființează un punct de lucru într-o localitate limitrofă se va extinde cu lista de pacienți din localitatea respectivă doar pe perioada funcționării punctului de lucru. În momentul încetării activității punctului de lucru prin înființarea unui cabinet nou în localitatea respectivă, lista de pacienți din acea localitate revine cabinetului nou înființat;
- c) atunci când spațiul în care se înființează un punct de lucru în condițiile prevăzute la alin.(1), aparține autorității publice locale, se va solicita avizul acesteia.

Art. 42

(1) Autorizarea înființării unui nou cabinet de medicină de familie într-o localitate/unitate administrativ teritorială se realizează în conformitate cu prevederile legale. Acesta poate intra într-o relație contractuală cu asiguratorii din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate în urma acordului primit de comisiile speciale care stabilesc necesarul de medici de familie pentru asigurarea echilibrului și echității în acoperirea nevoilor de sănătate ale populației, în conformitate cu prioritățile politicilor de sănătate la nivel național .

(2) Comisiile speciale sunt formate din câte un reprezentant al autorității deconcentrate a Ministerului Sănătății și al autorității administrației publice județene, precum și, cu statut de observator, câte un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor, organizațiilor profesionale, patronale, și un reprezentant al autorității publice locale .

Art. 43

(1) Serviciile de medicină de familie furnizate de cabinetele medicale, indiferent de forma de organizare, au ca obiectiv central acoperirea nevoilor de sănătate ale populației deservite.

(2) Autoritățile administrației publice locale pot susține activitatea furnizorilor de servicii de asistență medicală primară la nivelul comunităților locale din punct de vedere financiar, material și administrativ.

(3) Autoritățile administrației publice locale pot sprijini furnizorii de servicii de medicină primară cu dotarea cu aparatură medicală și materiale, în scopul creșterii gamei de servicii oferite populației deservite.

(4) Participarea materială a autorităților administrației publice locale constă și în punerea la dispoziția furnizorilor de asistență medicală primară a spațiilor cu destinație de cabinete medicale, în conformitate cu legislația în vigoare.

(5) Autoritățile administrației publice locale pot sprijini furnizorii de servicii de medicină primară prin punerea la dispoziția personalului medical de spații pentru locuit cu un nivel decent de confort.

Art. 44

- (1) Activitățile medicului de medicină de familie se pot desfășura:

- a) la sediul cabinetului sau al punctului/punctelor de lucru;
- b) la domiciliul pacienților;
- c) în centrele de permanentă organizate în locația proprie sau în locații special amenajate și autorizate din punct de vedere sanitar;
- d) la locul solicitării în cazul intervențiilor de primă necesitate, în caz de urgențe medico-chirurgicale, în limita competențelor, precum și în caz de risc epidemiologic.

(2) Evidența activității medicale derulate la nivelul cabinetelor medicale din asistența medicală primară se ține în format electronic, conform Strategiei naționale informatice pentru sănătate a Ministerului Sănătății și a celorlalte acte normative din domeniu.

(3) Aplicațiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistența ambulatorie de specialitate și cea spitalicească în vederea facilitării continuității îngrijirilor medicale.

(4) Informațiile privind activitatea cabinetului de medicină de familie se raportează cu ritmicitatea și în formatul care sunt prevăzute în contract către asiguratorii de sănătate, ANRAOS și către celelalte instituții abilitate, conform prevederilor legale.

(5) Colectarea și transmiterea de date referitoare la supravegherea epidemiologică pentru bolile transmisibile și bolile cronice, implementarea programelor naționale de sănătate, precum și datele referitoare la furnizarea serviciilor medicale se realizează prin dispensarele santinela, în conformitate cu Strategia națională informatică pentru sănătate a Ministerului Sănătății.

Art. 45

(1) Calitatea serviciilor medicale furnizate de cabinetele medicale din asistența medicală primară se asigură prin aplicarea recomandărilor din ghidurile de practică medicală pentru medicina de familie.

(2) Elaborarea și implementarea ghidurilor de practică medicală se realizează de către Agenția Națională pentru Monitorizarea Calității în Sănătate și sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Evaluarea activității cabinetelor medicale din asistența medicală primară se face ANMSC, în conformitate cu prevederile sistemului european de evaluare internă și îmbunătățire continuă a managementului. Implementarea acestui sistem se va face prin ordin al ministrului sănătății.

CAPITOLUL III Asistența medicală comunitară

Art. 46

Obiectivele generale ale serviciilor si activitatilor de asistenta medicala comunitara sunt:

- a) implicarea comunitatii in identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia;
- b) definirea si caracterizarea problemelor medico-sociale ale comunitatii;
- c) dezvoltarea programelor de interventie, privind asistenta medicala comunitara, adaptate nevoilor comunitatii;
- d) monitorizarea si evaluarea serviciilor si activitatilor de asistenta medicala comunitara;
- e) asigurarea eficacitatii actiunilor si a eficientei utilizarii resurselor.

Art. 47

(1) Activitatile desfasurate in domeniul asistentei medicale comunitare, in vederea realizarii obiectivelor prevazute la art. 50 se deruleaza de catre echipa de asistenta medicala comunitara si sunt urmatoarele:

- a) educarea comunitatii pentru sanatate;
- b) promovarea sanatatii reproducerii si a planificarii familiale;
- c) promovarea unor atitudini si comportamente favorabile unui stil de viata sanatos;
- d) educatie si actiuni directionate pentru asigurarea unui mediu de viata sanatos;
- e) activitati de prevenire si profilaxie primara, secundara si tertiara;
- f) activitati medicale curative, la domiciliu, complementare asistentei medicale primare,
- g) secundare si tertiare;
- h) activitati de consiliere medicala si sociala;
- i) dezvoltarea serviciilor de ingrijire medicala la domiciliu a gravidei, nou-nascutului si
- j) mamei, a bolnavului cronic, a bolnavului mintal si a batranului;
- k) activitati de recuperare medicala.

(2) Echipa multidisciplinară de asistență medicală primară, coordonată de cabinetul de medicină de familie, prin reprezentantul său legal, are următoarele atribuții:

- a) deservește colectivitățile din comunitate furnizând servicii de asistență medicală primară integrată, în funcție de specificul zonei;
- b) asigură continuitatea în acordarea îngrijirilor medicale în afara orelor de program, prin centrele de permanentă sau alte tipuri de servicii, după caz, precum si alte

activități destinate membrilor colectivității deservite, în conformitate cu competențele profesionale ale fiecărui membru al echipei și reglementările legale în vigoare;

- c) participă la implementarea programelor naționale de sănătate, în condițiile stabilite prin reglementările legale în vigoare, în baza unui contract.

Art. 48

(1) Beneficiarii serviciilor medicale și activităților de asistență comunitară sunt membrii colectivităților locale dintr-o unitate administrativ teritorială definită ca municipiu, oras, comuna, sat, iar în cadrul acestor comunități, în mod deosebit, categoriile de persoane vulnerabile.

(2) Categoriile de persoane vulnerabile sunt persoanele care se găsesc în următoarele situații:

- a) nivel economic sub pragul sărăciei;
- b) șomaj;
- c) nivel educațional scăzut;
- d) diferite dizabilități, boli cronice;
- e) boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paliative;
- f) graviditate;
- g) vârsta a treia;
- h) vârstă sub 16 ani;
- i) fac parte din familii monoparentale;
- j) risc de excluziune socială.

Art. 49

(1) Serviciile și activitățile de asistență comunitară sunt asigurate de asistenți medicali comunitari, mediatorii sanitari, asistenți medicali, moașe, asistenți sociali și alte profesii, în raport cu necesitățile comunității.

(2) Personalul prevăzut la alin. (1) își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor publice de asistență socială organizate de autoritățile administrației publice locale, în aparatul de specialitate al primarului.

(3) Categoriile profesionale prevăzute la alin. (1) au calitatea de personal încadrat cu contract individual de muncă, beneficiind de drepturile și exercitând obligațiile ce decurg din această calitate.

(4) Contractul individual de muncă al categoriilor profesionale prevăzute la alin. (1) se încheie cu autoritatea administrației publice locale pe a cărei rază teritorială își desfășoară activitatea.

Art. 50

Autoritățile publice locale sunt responsabile de acoperirea cu servicii de asistență medicală comunitară, asistență medicală în unitățile de învățământ și asistență medico-socială a populației din zonă și în special a celei din comunitățile defavorizate.

CAPITOLUL IV Asistența medicală școlară

Art. 51

(1) Asistența medicală acordată prescolarilor și elevilor pe toată perioada în care se afla în unitățile de învățământ se asigură în cabinetele medicale din grădinițe și școli.

(2) Acolo unde nu există cabinete medicale în grădinițe și școli, asistența medicală prevăzută la alin. (1) se poate realiza prin medicii de familie din localitățile respective sau din localitățile apropiate.

Art. 52

(1) Asistența medicală din cabinetele medicale prevăzute la art. 48 se asigură de următoarele categorii profesionale: medici cu drept de liberă practică, așa cum sunt definiți la art. 36, lit. h) și lit. i) și asistenți medicali.

(2) Categoriile profesionale prevăzute la alin. (1) sunt încadrate cu contract individual de muncă, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(3) Personalul medical și asistenții medicali prevăzuți la alin. (1) care asigură asistența medicală în unitățile de învățământ, conform art. 14 alin. (2), pot fi încadrați cu contract individual de muncă pe timp parțial, încheiat cu reprezentantul autorității locale unde își desfășoară activitatea.

(4) Prevederile art. 47, alin. (4) se aplică în mod corespunzător și medicilor și asistenților care își desfășoară activitatea în cadrul cabinetelor medicale din unitățile de învățământ.

CAPITOLUL V Finanțarea activității furnizorilor de servicii de medicină primară

Art. 53

(1) În sistemul asigurărilor de sănătate finanțarea serviciilor din asistență medicală asigurată prin cabinetele medicilor de familie se realizează pe bază de contract negociat între furnizorii de servicii de medicină de familie și asiguratorii de sănătate conform acordului - cadru.

(2) Finanțarea asistenței medicale comunitare și din unitățile de învățământ se face de la bugetele locale și de la bugetul de stat.

(3) Toate activitățile derulate la nivelul cabinetului de medicină primară, precum și fondurile care vor asigura plata serviciilor furnizate în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate sunt reglementate prin normele metodologice de aplicare ale acordului-cadru.

Art. 54

(1) Cabinetul de medicină de familie poate realiza venituri din:

- a) contracte încheiate cu autoritățile deconcentrate ale Ministerului Sănătății;
- b) contracte încheiate cu asiguratorii de sănătate pentru asigurări obligatorii, facultative suplimentare și complementare;
- c) contracte încheiate cu autoritățile administrației publice locale;
- d) contracte încheiate cu terți;
- e) plata directă de la pacienți, pentru serviciile necontractate cu terți plători;
- f) coplata aferentă unor activități și servicii medicale;
- g) contracte de cercetare și pentru activitate didactică;
- h) donații, sponsorizări, cu excepția celor provenite de la alți furnizori de servicii de sănătate;
- i) alte surse, conform legii.

(2) Asiguratorii de servicii de sanatare au obligatia de a incheia contracte de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara cu furnizorii din domeniu care indeplinesc conditiile de contractare, cu respectarea principiului continuității asistenței medicale, conform prevederilor acordului cadru.

CAPITOLUL VI Rolul și obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară în sistemul de sănătate

Art. 55

(1) În sistemul de sănătate furnizorii de servicii medicale din asistenta medicală primară au rol în asigurarea:

- a) aplicării măsurilor de profilaxie și promovării sănătății populației
- b) stabilirii primului contact cu pacienții și a menținerii unei relații directe cu aceștia,
- c) stabilirea diagnosticului și a soluțiilor terapeutice optime, conform competențelor medicilor de familie;
- d) inițierii și ținerii evidenței circuitului pacientului și a schemelor terapeutice aplicate atât în asistența medicală primară cât și în cea de specialitate, clinică și paraclinică, colaborând cu toate celelalte specialități medicale;
- e) colectării datelor pacienților, analizării și ierarhizării lor, păstrării informațiilor privind pacienții și familiile acestora, realizând istoricul medical și social al acestora.
- f) raportării datelor și informațiilor către asiguratorii, ANRAOS, Ministerul Sănătății și alte instituții abilitate, conform prevederilor acordului cadru și ale actelor normative specifice.

(2) Obligațiile personalului furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară se reglementează după cum urmează:

- a) obligațiile de etică și deontologie profesională – prin actele normative și codurile de deontologie profesională care guvernează exercitarea profesiilor reglementate;
- b) obligațiile referitoare la sănătatea publică și la furnizarea datelor necesare pentru fundamentarea politicilor de sănătate – conform reglementărilor legale în vigoare ale Ministerului Sănătății;
- c) obligațiile față de sistemul asigurărilor de sănătate – prin respectarea prevederilor acordului - cadru și a normelor metodologice de aplicare a acordului - cadru;
- d) obligațiile privind relațiile de muncă – prin respectarea prevederilor legislației muncii în relațiile cu personalul angajat;
- e) obligațiile față de pacienți – prin îndeplinirea prevederilor specifice din actele normative prevăzute la lit. a), b) și c), precum și din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului;
- f) obligațiile privind managementul evidenței medicale primare și a informației medicale gestionate – prin reglementările legale în vigoare;
- g) obligațiile privind protecția mediului și gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală – prin reglementările legale în vigoare;
- h) obligația de educație/formare continuă și de dezvoltare profesională a resurselor umane din asistența medicală primară – prin reglementările legale în vigoare.

TITLUL IV ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 56

(1) Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului asistenței medicale în ambulatoriile de specialitate, asigurate prin serviciile specialităților clinice, paraclinice și de medicină dentară.

(2) În cuprinsul prezentului titlu următorii termeni sunt definiți astfel:

- a) asistență medicală de specialitate – servicii medicale furnizate de medicii specialiști în limitele competenței dobândite prin formarea profesională specifică, pentru îngrijirea afecțiunilor acute și cronice, prevenirea complicațiilor și promovarea sănătății;
- b) medic specialist – medicul abilitat să exercite activitățile profesionale specifice unei specialități medicale cu titlul de specialist dobândit în condițiile legii;
- c) medic specialist dentist – medicul dentist abilitat să exercite activitățile profesionale specifice unei specialități medico-dentare cu titlul de specialist dobândit în condițiile legii;
- d) medic dentist – absolvent al facultăților de medicină dentară;
- e) centrele de sănătate multifuncționale - unități cu/fără personalitate juridică, administrate de comunitatea locală care reprezintă structuri de asistență ambulatorie de specialitate și paraclinică, cu spitalizare de zi;
- f) cabinete medicale de specialitate/cabinete medico-dentare – cabinete medicale organizate conform reglementărilor legale în vigoare, autorizate și care desfășoară o activitate medicală într-un anumit domeniu specializat sau activități medico-dentare;
- g) laboratoare clinice și paraclinice – unități specializate, acreditate și/sau autorizate, după caz, conform reglementărilor legale în vigoare și în care se desfășoară activități de investigații, prelucrare probe biologice, precum și alte activități cu caracter tehnologic, de educare și reeducare a limbajului și a comportamentului psihologic.

Art. 57

(1) Rolul furnizorilor este realizarea prevenției secundare și terțiare, stabilirea diagnosticului și efectuarea tratamentului în regim ambulator în vederea protejării, menținerii sau îmbunătățirii stării de sănătate a populației.

(2) Asigurarea continuității terapeutice și de diagnostic a serviciilor de sănătate prin integrare verticală cu asistența medicală primară și cu cea spitalicească

Art. 58

(1) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de către medicii de specialitate împreună cu alt personal specializat și autorizat în condițiile legii, și se acordă în:

- a) cabinete medicale de specialitate organizate conform legislației în vigoare privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, autorizate și/sau acreditate;
- b) unități medicale ambulatorii de specialitate, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, integrate sau nu în structura spitalelor;
- c) laboratoare de radiologie și imagistică medicală, analize medicale, explorări funcționale, autorizate;
- d) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre medicale multifuncționale, autorizate;
- e) ambulatorii de specialitate ale spitalelor în care se desfășoară activitate de învățământ medical, potrivit legii;
- f) cabinete medicale ambulatorii de specialitate din structura spitalului care nu fac parte din ambulatoriul de specialitate / integrat al spitalului;
- g) îngrijiri de specialitate la domiciliu.

(2) Servicii medicale de specialitate se acordă și în:

- a) dispensare TBC;
- b) laboratoare/centre de sănătate mintală;
- c) staționare de zi cu profil de psihiatrie;
- d) cabinete de medicină dentară.

CAPITOLUL II Derularea și coordonarea activităților din ambulatoriile de specialitate

Art. 59

Cabinetele medicale de specialitate și laboratoarele de la nivelul ambulatoriilor de specialitate și a centrelor medicale multifuncționale desfășoară următoarele activități:

- a) intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale, în limita competențelor personalului;
- b) activități medicale curative;
- c) activități de investigații și diagnostic;
- d) activități de fizioterapie și recuperare medicală;
- e) activități conexe actului medical;
- f) activități de asistență medicală de specialitate pe bază de competențe acreditate și autorizate de Ministerul Sănătății.

Art. 60

(1) Medicii specialiști/medicii dentisti pot profesa:

- a) ca persoană fizică independentă în baza certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România și a înregistrării la administrația financiară în a cărei rază domiciliază ;
- b) organizați sub forma cabinetelor de specialitate individuale, asociate, grupate sau sub forma de societăți civile medicale, cu sau fără personalitate juridică.

(2) Cabinetele medicale care furnizează servicii medicale de specialitate nu pot fi asociați sau acționari ai producătorilor, distribuitorilor și furnizorilor de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale.

(3) Producătorii, distribuitorii și furnizorii de medicamente, produse sanitare sau echipamente medicale nu pot înființa, deține sau administra cabinete de servicii medicale de specialitate, indiferent de forma lor de organizare.

(4) Preluarea activității unui praxis cu activitate medicală de specialitate poate fi realizată numai cu titlu gratuit de către un medic specialist cu aceeași specializare, persoană fizică, ori de o unitate sanitară cu profil, în care cel puțin un medic este confirmat în specialitatea medicală respectivă, prin reprezentantul legal în formele de organizare prevăzute la alin.(1).

(5) Noul deținător va aduce la cunoștința structurilor deconcentrate ale Ministerului Sănătății, asiguratorului de sănătate, respectiv pacienților, preluarea praxisului cu respectarea metodologiei aprobate. Pentru a nu produce perturbări în activitatea de asistență medicală de specialitate, persoana fizică sau juridică prevăzută la alin. (5) va prelua și contractele în derulare care fac parte din patrimoniul de afectatiune profesională, precum și contractele care au ca obiect angajatii, pacienții, furnizorii de servicii și utilități.

(6) Coordonarea activității cabinetelor medicale de specialitate/laboratoarelor se exercită de către medicul titular sau reprezentantul legal al cabinetului/laboratorului.

Art. 61

(1) Serviciile medicale de specialitate furnizate de cabinetele medicale de specialitate, indiferent de forma de organizare, au ca factor determinant nevoile populației din comunitățile deservite.

(2) Autoritățile administrației publice locale pot susține activitatea furnizorilor de servicii medicale de specialitate la nivelul comunităților locale din punct de vedere financiar, material și administrativ.

(3) Autoritățile administrației publice locale pot sprijini furnizorii de servicii medicale de specialitate cu dotarea cu aparatură medicală și materiale, în scopul creșterii gamei și calității serviciilor oferite.

(4) Participarea materială a autorităților administrației publice locale constă și în punerea la dispoziția furnizorilor de servicii medicale de specialitate a spațiilor cu destinație de cabinete medicale/laboratoare.

Art. 62

(1) Evidența activității medicale derulate la nivelul asistenței medicale de specialitate se ține în format electronic și se transmite către asiguratorul de sănătate și celelalte instituții abilitate conform prevederilor legale.

(2) Aplicațiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistența medicală primară și cu asistența spitalicească în vederea facilitării continuității îngrijirilor medicale, precum și cu sistemul informatic unic integrat gestionat de ANRAOS.

(3) Colectarea și transmiterea de date referitoare la supravegherea epidemiologică pentru bolile transmisibile și bolile cronice, implementarea programelor naționale de sănătate, precum și datele referitoare la furnizarea serviciilor medicale se realizează în conformitate cu strategia informațională a Ministerului Sănătății.

Art. 63

(1) Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistență medicală de specialitate se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANMCS.

(2) Elaborarea și evaluarea implementării ghidurilor de practică medicală se realizează de către ANMCS, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și organizațiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Evaluarea calității serviciilor medicale furnizate se va face de către ANMCS, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Art. 64

(1) Laboratoarele de specialitate, organizate, autorizate și acreditate conform reglementărilor legale în vigoare pot furniza servicii de specialitate într-o formă de organizare independentă sau în cadrul unei forme asociative, grupate sau sub forma de societate medicală civilă.

(2) Laboratoarele care furnizează servicii de specialitate nu pot fi asociați sau acționari ai producătorilor, distribuitorilor și furnizorilor de materiale sanitare, substanțe și reactivi sau echipamente medicale și tehnologice.

(3) Producătorii, distribuitorii și furnizorii de materiale sanitare, substanțe și reactivi sau echipamente medicale și tehnologice nu pot înființa, deține sau administra laboratoare de specialitate, indiferent de forma de organizare.

(4) Coordonarea activității laboratoarelor care furnizează servicii de specialitate se exercită de reprezentantul legal al laboratorului.

Art. 65

(1) Evidența activității medicale derulate la nivelul asistenței medicale de laborator se ține în format electronic și se transmite către asiguratorul de sănătate și ANRAOS, potrivit prevederilor acordului cadru.

(2) Aplicațiile informatice trebuie să permită integrarea verticală cu asistența medicală primară, de specialitate și cea spitalicească în vederea facilitării continuității îngrijirilor medicale, precum și cu sistemul informatic unic integrat gestionat de ANRAOS.

Art. 66

(1) Calitatea serviciilor medicale prestate de către furnizorii de asistență medicală de laborator se asigură prin aplicarea recomandărilor elaborate de către ANMCS.

(2) Elaborarea și evaluarea implementării ghidurilor clinice la nivelul laboratorului se realizează de către ANMCS, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și organizațiile profesionale ale profesiilor medicale reglementate și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Evaluarea calității serviciilor medicale furnizate se va face de către ANMCS, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

CAPITOLUL III Finanțarea activității furnizorilor de servicii medicale de specialitate din ambulatoriile de specialitate, laboratoare și centre medicale multifunctionale

Art. 67

(1) Decontarea serviciilor furnizate de către furnizorii de servicii medicale de specialitate se face pe baza documentelor justificative prezentate de către aceștia asiguratorilor de sănătate cu care se afla în relații contractuale.

(2) Pot încheia contracte cu asiguratorii de sănătate, atât pentru asigurațiile obligatorii de sănătate, cât și pentru asigurațiile facultative:

- a) cabinetele medicale de specialitate, prin reprezentanții legali;
- b) medicii specialiști dentiști acreditați și laboratoarele tehnice, organizate conform reglementărilor legale în vigoare;
- c) laboratoarele de investigații de radiologie și imagistică medicală, analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice.

(1) Cabinetele medicale de specialitate, laboratoarele si centrele medicale multifunctionale pot realiza venituri, dupa caz, si din:

- a) contracte încheiate cu structurile deconcentrate ale Ministerului Sănătății;
- b) contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate;
- c) contracte încheiate cu autoritățile administrației publice locale;
- d) contracte încheiate cu cabinetele medicale din asistenta medicala primara;
- e) contracte încheiate cu terți, pentru servicii aferente unor competențe suplimentare;
- f) plata directă de la pacienți, pentru serviciile necontractate cu terți plătitori, și suportata de aceștia;
- g) coplata aferentă unor activități și servicii medicale;
- h) contracte de cercetare și pentru activitate didactică;
- i) donații, sponsorizări;
- j) alte surse, conform legii.

TITLUL V SPITALELE**CAPITOLUL I Dispoziții generale****Art. 69**

Spitalul este unitatea medicală cu paturi, cu personalitate juridică, de utilitate publică, ce furnizează servicii de sănătate.

Art. 70

Spitalele au ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative în regim de spitalizare continuă, spitalizare de zi, ambulator și îngrijiri la domiciliu, în relație contractuală cu asiguratorii de sănătate sau cu plată directă, la cererea pacienților, în conformitate cu clasificarea în funcție de competențe, stabilită prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 71

Pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății, Ministerul Sănătății evaluează periodic nevoia de servicii medicale spitalicești și propune o dată la 3 ani, Planul național privind spitalele care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 72

Toate spitalele, indiferent de forma de organizare, au obligația de a acorda primul ajutor medical de urgență, la nivelul competenței personalului prezent, oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică sau cu potențial de agravare, până la predarea acesteia către un echipaj medical de urgență.

Art. 73

Toate spitalele care au în structură unitate de primire urgențe sau compartiment de primire urgențe, la nivelul competenței personalului prezent, au obligația de a acorda servicii de sănătate pentru pacienții cu urgențe medico – chirurgicale până la dispariția riscului funcțional/vital.

Art. 74

(1) Spitalul răspunde solicitării autorităților pentru asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezaastre, atacuri teroriste, conflicte sociale, accidente colective și alte situații de criză conform legislației în vigoare.

(2) Cheltuielile efectuate de unitățile spitalicești, în cazurile prevăzute la alin. (1), se rambursează de la bugetul de stat, prin bugetele ministerelor, ale instituțiilor în rețeaua cărora funcționează, precum și prin bugetul unității administrativ-teritoriale, după caz, prin hotărâre a Guvernului, în termen de maximum 30 de zile de la data încetării cauzei care le-a generat.

CAPITOLUL II Organizarea spitalelor

Art. 75

Spitalele pot fi publice, private și publice cu structuri în care se desfășoară activitate privată.

Art. 76

- (1) Spitalele publice sunt organizate ca instituții de sănătate.
- (2) Instituțiile de sănătate sunt persoane juridice de drept public, autonome financiar care nu se încadrează în categoria instituțiilor publice bugetare.

Art. 77

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

- a) spitale publice, organizate ca instituții de sănătate, aflate în administrarea Ministerului Sănătății, a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, a universităților de medicină și farmacie și a autorităților publice locale; în spitalele publice pot să funcționeze structuri în care se pot desfășura activități private, pe bază de contract;
- b) spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat.

Art. 78

Din punct de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale, spitalele pot fi:

- a) Institute – entități cu personalitate juridică sau fără personalitate juridică organizate în structura unor spitale clinice, cu caracter regional, monopofil, care acordă asistență medicală completă pentru cazurile complexe, cu incidență scăzută, care necesită o experiență profesională crescută. Institutul dispune de dotări tehnice de înaltă performanță, desfășoară activitate de învățământ universitar și post universitar, și activitate de cercetare fundamentală și clinică cu personal dedicat.
- b) spitale universitare - spitale care au ca administrator o universitate de învățământ medico farmaceutic acreditată și desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifică-medicală și de educație continuă.
- c) spitale clinice - spitale care au în componență structuri clinice care asigură asistență medicală, desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifică-medicală și de educație continuă, având relații contractuale cu o instituție de învățământ medical superior acreditată. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă.
- d) structurile clinice - structurile de spital în care se desfășoară activități de asistență medicală, învățământ medical, cercetare științifică-medicală și de educație medicală continuă (EMC). În aceste structuri este încadrat cel puțin un cadru didactic universitar, prin integrare clinică. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului, în conformitate cu prevederile contractului de muncă.

Art. 79

Pentru asigurarea priorităților politicii naționale de sănătate, Ministerul Sănătății își organizează și asigură managementul unei rețele strategice de spitale publice, stabilită prin hotărâre de guvern.

CAPITOLUL III Funcționarea spitalelor**Art. 80**

(1) Spitalul funcționează în condițiile menționate în autorizația sanitară de funcționare. În lipsa acesteia, activitatea spitalelor se suspendă.

(2) Autorizația sanitară de funcționare se emite și se retrage în condițiile stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 81

(1) După obținerea autorizației sanitare de funcționare, spitalul intră în procedura de acreditare.

(2) Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de 5 ani.

(3) Acreditarea spitalului atestă conformitatea cu standardele adoptate la nivel național, având următoarele obiective:

- a) să ofere siguranță populației în legătură cu serviciile de sănătate acreditate;
- b) să ofere informații corecte despre performanța serviciilor oferite populației și tuturor părților interesate;
- c) să stimuleze și să motiveze spitalele și pe practicieni în activitatea lor îndreptată spre satisfacția populației printr-o înaltă calitate a serviciilor lor.

(4) Acreditarea se acordă de către Agenția Națională de Management al Calității în Sănătate denumită în continuare ANMCS, care are în structura sa Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor.

(5) Lista cu unitățile spitalicești acreditate și categoria acreditării se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, precum și pe site-ul ANMCS.

(6) Acreditarea este valabilă 5 ani. Cu minim 6 luni înainte de expirarea termenului, spitalul solicită evaluarea în vederea re acreditării.

(7) Reevaluarea unui spital se poate face și la solicitarea Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și a asiguratorului de sănătate. Taxele legate de reevaluare sunt suportate de solicitant.

(8) Dacă în urma reevaluării se constată că nu mai sunt îndeplinite standardele de acreditare, ANMCS acordă un termen pentru conformare sau retrage acreditarea pentru categoria solicitată.

Art. 82

- (1) Ministerul Sănătății aprobă numărul total de paturi al fiecărui spital privat.
- (2) Spitalele private au obligația, în urma aprobării obținute pentru numărul total de paturi, de a notifica Ministerul Sănătății cu privire la structura detaliată cu care funcționează, precum și la orice modificare a acesteia.
- (3) Nerespectarea alin.(1) și (2) atrage retragerea autorizației sanitare de funcționare.

Art. 83

Pentru specialitățile de importanță națională, nominalizate prin ordin al ministrului sănătății, înființarea, modificarea sau desființarea structurilor corespunzătoare acestor specialități sunt supuse aprobării prealabile a ministerului sănătății, indiferent de forma de organizare a spitalului.

Art. 84

- (1) Normativele de personal reprezintă baza minimă de încadrare pentru furnizarea serviciilor de sănătate, indiferent de forma de organizare a spitalelor.
- (2) Normativele de personal se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.
- (3) Nerespectarea normativelor minime de personal atrage retragerea autorizației sanitare de funcționare.

Art. 85

Spitalul asigură condiții de investigații medicale și tratament conform clasificării pe nivele de competență, stabilite pe baza ordinului ministrului sănătății.

Art. 86

Spitalul asigură condiții de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 87

Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale.

Art. 88

- (1) În spital se pot desfășura și activități de învățământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar și postuniversitar, precum și activități de cercetare științifică medicală.
- (2) Colaborarea dintre spitale și instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical, se desfășoară pe bază de contract, încheiat conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului educației și cercetării.
- (3) Cercetarea științifică medicală, inclusiv studiile clinice se efectuează exclusiv pe bază de contract de cercetare, încheiat între spital și finanțatorul cercetării, cu avizul Ministerului Sănătății, conform prevederilor legale în vigoare.

(4) În spitale se pot desfășura activități de educație medicală continuă pentru medici, asistenți medicali și alt personal.

Art. 89

Promovarea produselor medico-farmaceutice în spital se face conform metodologiei stabilite prin ordin de ministru.

Art. 90

(1) Spitalele, indiferent de forma de organizare, pot să încheie contracte de furnizare de servicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate;

(2) Spitalele, indiferent de forma de organizare, pot derula programe naționale de sănătate și pot desfășura activități specifice acestora.

Art. 91

Decontarea contravalorii serviciilor de sănătate contractate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate se face conform contractului de furnizare, pe bază de documente justificative, în funcție de realizarea serviciilor, cu respectarea prevederilor din acordul cadru.

Art. 92

Spitalele, indiferent de forma de organizare, care realizează venituri din contracte de furnizare de servicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, au obligația contractării unui audit financiar extern anual. Raportul de audit se publică pe site-ul propriu.

CAPITOLUL IV Spitalul public

Art. 93

Spitalele publice, persoane juridice române sunt instituții de sănătate, autonome, aflate în subordinea Ministerului Sănătății și a instituțiilor cu rețea sanitară proprie care se organizează și funcționează în conformitate cu regulamentul propriu de organizare și funcționare aprobat de conducătorul autorității căreia îi este subordonat.

Art. 94

Structura spitalului, instituție de sănătate, se propune de către manager, se aprobă de către consiliul de administrație, după aprobarea prealabilă a numărului total de paturi de către Ministerul Sănătății, cu respectarea art.81.

Art. 95

(1) Spitalele publice se organizează cu următoarele structuri:

- a) secții și compartimente cu paturi,
- b) structuri paraclinice,
- c) ambulatorii de specialitate,

d) alte structuri medicale și nemedicale, în conformitate cu normele metodologice la prezenta lege.

(2) Secțiile se organizează pe specialități distincte și/sau pe grupuri de specialități.

(3) În structura spitalului public funcționează o unitate de management al calității, încadrată cu personal corespunzător.

Art. 96

Spitalul public este condus un manager, cu atribuții de conducere executivă, angajat în condițiile legii de consiliul de administrație, care coordonează comitetul director.

Art. 97

Consiliul de administrație al spitalului public este format din 8 - 9 membri.

(1) Membrii consiliului de administrație pentru spitalele publice sunt:

- a) 4 reprezentanți ai autorității care are responsabilitatea managementului unității;
- b) 1 reprezentant al Ministerului Sănătății sau a structurilor deconcentrate ale acestuia sau a autorităților publice locale sau județene, după caz;
- c) 1 reprezentant al universității sau facultății de medicină, pentru spitalele clinice;
- d) 1 reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România;
- e) 1 reprezentant ales de sindicatele legale constituit în unitate, afiliate federațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară.
- f) Managerul spitalului public

(2) Instituțiile prevăzute la alin. (1) sunt obligate să își numească și membri supleanți în consiliul de administrație.

(3) Președintele consiliului de administrație este ales de membrii acestuia.

(4) Membrii consiliului de administrație al spitalului public se numesc prin act administrativ de către instituțiile prevăzute la alin. (1).

(5) Consiliul de administrație se întrunește de cel puțin o dată pe lună. Data întrunirii consiliului de administrație este stabilită în ședința acestuia. Consiliul de administrație se poate întruni, de asemenea, ori de câte ori este nevoie, la convocarea managerului sau a unei treimi a membrilor consiliului de administrație.

(6) Pe ordinea de zi a consiliului de administrație au prioritate propunerile managerului, ale reprezentanților instituției căreia i se subordonează și cele care întrunesc votul unei treimi din numărul membrilor săi.

(7) Consiliul de administrație nu se poate întruni decât dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unul din numărul membrilor săi.

(8) Hotărârile se aprobă în consiliul de administrație cu majoritate simplă.

(9) Membrii consiliului de administrație al spitalului public pot beneficia de o indemnizație lunară, aprobată de către conducătorul instituției căreia i se subordonează, la propunerea managerului.

Art. 98

Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele:

- a) aprobă politica economică și financiară a spitalului
- b) aprobă structura organizatorică a spitalului,
- c) avizează regulamentul de organizare și funcționare,
- d) aprobă regulamentul intern,
- e) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;
- f) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;
- g) asigură cadrul organizatoric pentru ocuparea funcției de manager;
- h) aprobă condițiile de angajare a comitetului director,
- i) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;
- j) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în condițiile legii;
- k) aprobă statul de funcții cu respectarea normativelor minime de personal;
- l) aprobă criteriile de performanță la nivel de unitate;
- m) avizează raportul anual de activitate înaintat de manager.

Art. 99

- (1) Managerul spitalului public poate fi persoană fizică sau persoană juridică.
- (2) Managerul persoană fizică sau reprezentantul desemnat de managerul persoană juridică trebuie să îndeplinească una dintre următoarele condiții:
 - a) să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sau management sanitar, agreate de Ministerul Sănătății și stabilite prin ordin al ministrului sănătății;
 - b) să fie absolvent al unui masterat sau doctorat în management sanitar, economic sau administrativ organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată, potrivit legii.

(3) Managerul spitalului public angajează comitetul director, în condițiile aprobate de consiliul de administrație.

Art. 100

Modalitățile de înființare, desființare și organizare a spitalelor se stabilesc prin Normele metodologice la prezenta lege, aprobate prin hotărâre de guvern.

Art. 101

Funcționarea spitalelor, instituții de sănătate, se asigură prin personal propriu angajat cu contract individual de muncă și care nu este încadrează în categoria personalului bugetar, și/sau prin contracte de prestări servicii.

Art. 102

Angajarea, promovarea personalului spitalului public, instituții de sănătate, se face de managerul unității, în conformitate cu prevederile Legii nr.53/2003 - Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare și cu cele ale contractului colectiv de muncă.

Art. 103

Salarizarea personalului angajat al spitalului public se face diferențiat în funcție de criteriile de performanță aprobate de consiliul de administrație. Nivelul salarizării se negociază individual cu managerul spitalului public, cu respectarea contractului colectiv de muncă.

CAPITOLUL V Finanțarea spitalelor publice

Art. 104

(1) Spitalele publice, instituții de sănătate se autofinanțează și funcționează pe principiul autonomiei financiare.

(2) Veniturile spitalelor publice provin:

- a) din contractele de servicii de sănătate încheiate cu asiguratorii de sănătate;
- b) din bugetul ministerului sănătății, din fonduri provenite de la bugetul de stat și din venituri proprii, pentru:
 1. desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate,
 2. investiții și lucrări de intervenții în infrastructură;
 3. dotări;
 4. finanțarea activităților din cabinete de medicină sportivă, cabinete de medicină legală, de planning familial, tbc, lsm, programe tip hiv/sida, programe pentru distrofici, drepturi de personal pentru rezidenți;
 5. asigurarea cheltuielilor pentru upu și cpu, cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobată în condițiile legii.
 6. alte activități, în vederea implementării politicilor de sănătate.
- c) din contracte de servicii de sănătate încheiate cu alte persoane juridice la cerere;
- d) din fonduri europene nerambursabile;

- e) din contracte de închiriere ale unor spații medicale, aparatură și echipamente către alți furnizori de servicii de sănătate;
- f) din contracte pentru desfășurarea de activități private;
- g) donații, sponsorizări, contracte de cercetare, coplată pentru servicii medicale;
- h) servicii de sănătate, hoteliere sau de altă natură furnizate la cerere;
- i) legate;
- j) împrumuturi interne sau externe în vederea finanțării investițiilor;
- k) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică;
- l) editarea și furnizarea unor publicații cu caracter medical;
- m) alte surse conform legislației în vigoare.

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

- a) de la bugetul de stat, pentru activitățile prevăzute la alin. (2) lit. b) prin contracte încheiate cu structurile teritoriale ale Ministerului Sănătății;
- b) pentru activitatea didactică și de cercetare fundamentală se alocă fonduri de la bugetul de stat, prin bugetul Academiei Române și prin bugetul Ministerului Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului;
- c) pentru compartimentul de primire urgențe se alocă sume de la bugetul de stat, prin bugetul Academiei Române.

(4) Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale/județene pot primi sume de la bugetul local și pentru finanțarea cheltuielilor necesare în vederea bunei desfășurări a activității.

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

Art. 105

Spitalele publice, beneficiază, în calitate de utilizatori finali, de bunuri, servicii, investiții în infrastructură și dotări, procurate din fonduri externe rambursabile și nerambursabile, prevăzute în bugetul Ministerului Sănătății, derulate în conformitate cu acordurile de împrumut și respectiv cu proiectele aprobate.

Art. 106

Activitatea spitalelor organizate ca instituții de sănătate este non-profit.

Art. 107

Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalelor publice, raportul anual de audit, raportul anual de activitate se publică pe site-ul unității medicale și al autorității care are responsabilitatea managementului unității.

Art. 108

(1) Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale pot primi sume de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, care se alocă prin transfer către autoritățile administrației publice locale, pentru:

- a) finalizarea obiectivelor de investiții noi, de investiții în continuare, nominalizate în listele programului de investiții, anexă la bugetul Ministerului Sănătății din legea bugetului de stat, aflate în derulare la nivelul spitalelor,
- b) dotarea cu aparatură medicală, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 50% din valoarea acestora;
- c) reparații capitale la spitale, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 50% din valoarea acestora;
- d) finanțarea obiectivelor de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente, precum și expertizarea, proiectarea și consolidarea clădirilor în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 50% din valoarea acestora.

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

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

Art. 109

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

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

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

(4) Aparatura și dispozitivele medicale care fac obiectul alin.(1), achiziționate sau finanțate de Ministerul Sănătății din venituri proprii, din sume de la bugetul de stat precum și fonduri externe rambursabile sau nerambursabile, se redistribuie către spitalele publice sau structurile ce

deservesc sistemul sanitar public din rețeaua Ministerului Sănătății, ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, rețeaua autorităților administrației publice locale, cu acordul Ministerului Sănătății.

(5) Schimbarea destinației sau înstrăinarea aparaturii și dispozitivelor medicale cu nerespectarea prevederilor prevăzute la alineatul (3) și (4) sunt nule. Nulitatea se constată de instanța de judecată, la solicitarea Ministerului Sănătății.

CAPITOLUL VI Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 110

(1) Spitalul, indiferent de forma de organizare, are obligația să înregistreze, să stocheze, să prelucreze și să transmită informațiile legate de activitatea sa, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

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

(3) Spitalele au obligația să raporteze către ANRAOS și asiguratorii de sănătate toate datele menționate în contractele încheiate cu aceștia.

(4) Documentația primară, ca sursă a acestor date, se păstrează, securizată și asigurată sub formă de document scris și electronic, constituind arhiva spitalului, conform reglementărilor legale în vigoare.

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

Art. 111

Anual, ministrul sănătății publice va prezenta Guvernului situația privind:

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

Art. 112

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

Proiect lege revizia 1

TITLUL VI Efectuarea prelevării și transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană în scop terapeutic

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 113

(1) Prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se fac în scop terapeutic, cu asigurarea unor standarde de calitate și siguranță în vederea garantării unui nivel ridicat de protecție a sănătății umane, în condițiile prezentului titlu.

(2) Prezentul act normativ se aplică donării, testării, evaluării, prelevării, conservării, transportului și transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană destinate transplantului.

(3) În cazul în care astfel de organe, țesuturi și celule de origine umană sunt utilizate în scopul cercetării, prezentul act normativ nu se aplică decât dacă acestea sunt destinate transplantului uman.

Art. 114

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

- a) celula - unitatea elementară anatomică și funcțională a materiei vii. În sensul prezentei legi, termenul celulă/celule se referă la celula umană individuală sau la o colecție de celule umane, care nu sunt unite prin nici o formă de substanță intercelulară;
- b) țesut - gruparea de celule diferențiate, unite prin substanța intercelulară amorfă, care formează împreună o asociere topografică și funcțională;
- c) organ - partea diferențiată în structura unui organism, adaptată la o funcție definită, alcătuită din mai multe țesuturi sau tipuri celulare, prezentând vascularizație și inervație proprii. Constituie organ în înțelesul arătat și o parte a unui organ, dacă este destinată utilizării în corpul uman în același scop ca și organul întreg, menținându-se cerințele legate de structură și vascularizare
- d) prelevare - recoltarea de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană sănătoase morfologic și funcțional, în vederea efectuării unor proceduri de transplant
- e) transplant - acea activitate medicală prin care, în scop terapeutic, în organismul unui pacient este implantat sau grefat un organ, țesut ori celulă. Reglementările cuprinse în prezenta lege se adresează inclusiv tehnicilor de fertilizare in vitro;
- f) donator - subiectul în viață sau decedat, de la care se prelevează organe, țesuturi și/sau celule de origine umană pentru utilizare terapeutică;
- g) primitor - subiectul care beneficiază de transplant de organe și/sau țesuturi și/sau celule;

- h) autoritate competentă – instituțiile responsabile cu coordonarea, supravegherea, acreditarea și inspecția activității din domeniul transplantului, precum și implementarea oricăror dispoziții privind activitatea din domeniul transplantului.
- i) acreditare – acordarea dreptului de a desfășura activități de prelevare, conservare și transplant a organelor, țesuturilor și celulelor de origine umană în funcție de specificul fiecărei activități, după constatarea îndeplinirii condițiilor tehnice necesare. Evaluarea în vederea acreditării se face de către reprezentanți ai Agenției Naționale de Transplant iar acreditarea se aproba prin ordin al ministrului sănătății;
- j) distrugere - destinația finală a unui organ, țesut sau celulă în cazul în care nu este utilizat pentru transplant;
- k) donare - faptul de a dona organe, țesuturi și/sau celule destinate transplantului;
- l) evaluarea donatorului - colectarea de informații relevante cu privire la caracteristicile donatorului, necesare pentru a evalua eligibilitatea acestuia în vederea donării de organe, țesuturi și celule pentru a efectua o evaluare adecvată a riscurilor, pentru reducerea la minimum a riscurilor pentru primitor și pentru a optimiza alocarea organelor, țesuturilor și celulelor;
- m) organizație europeană de schimb de organe - o organizație non-profit, publică sau privată, consacrată schimbului național și transfrontalier de organe, ale cărei țări membre sunt în majoritate state membre;
- n) evaluarea organului - colectarea de informații relevante cu privire la caracteristicile organului, necesare pentru a evalua compatibilitatea sa, pentru a efectua o evaluare adecvată a riscurilor, pentru reducerea la minimum a riscurilor pentru primitor și pentru a optimiza alocarea organelor;
- o) centru de prelevare - o unitate sanitară publică sau privată, o echipă medicală sau un departament din cadrul unui spital, o persoană sau oricare alt organism care realizează sau coordonează prelevarea de organe, țesuturi și/sau celule și este acreditat în domeniul transplantului;
- p) conservare - utilizarea unor agenți chimici, modificarea condițiilor de mediu sau alte mijloace folosite pentru a împiedica sau pentru a întârzia deteriorarea biologică sau fizică a organelor, țesuturilor și celulelor de la prelevare la transplant;
- q) incident advers sever - orice incident nedorit și neașteptat intervenit în orice etapă a lanțului, de la donare la transplant, care ar putea determina transmiterea unei boli transmisibile, decesul sau punerea în pericol a vieții sau care poate provoca o invaliditate sau o incapacitate a pacientului sau care poate provoca sau prelungea spitalizarea sau morbiditatea;
- r) reacție adversă severă - o reacție nedorită, inclusiv o boală transmisibilă, la donatorul viu sau la primitor, intervenită în orice etapă a lanțului, de la donare la transplant, care este fatală, pune în pericol viața sau provoacă o invaliditate sau o incapacitate a pacientului sau care provoacă sau prelungește spitalizarea sau morbiditatea;

- s) proceduri operaționale - instrucțiunile scrise care descriu etapele dintr-un proces specific, inclusiv materialele și metodele care trebuie utilizate și rezultatul final preconizat;
- t) centru de transplant - o unitate sanitară publică sau privată, o echipă medicală sau un departament din cadrul unui spital, sau oricare alt organism care realizează transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană și este acreditat în domeniul transplantului
- u) trasabilitate - capacitatea de a localiza și identifica organul, țesutul sau celula în orice etapă a lanțului, de la donare la transplant sau distrugere, inclusiv materialele utilizate.
- v) bancă agreată - banca aflată în afara teritoriului României. Pentru țări banca trebuie să respecte standardele de calitate și siguranță impuse de Directiva 2004/23/EC și să prezinte documente justificative în acest sens. Pentru Statele Membre ale Uniunii Europene, banca trebuie să fie acreditată de autoritatea competentă din țara respectivă.
- w) autorizație specială – permisiune de export - import de sânge placentar și mostre de sânge din cordonul ombilical pe perioada de 1 an, în condițiile în care procesarea, conservarea și depozitarea se fac într-o bancă agreată de către Agenția Națională de Transplant.
- x) Unitate sanitară acreditată – unitatea sanitară publică sau privată acreditată pentru desfășurarea activităților din domeniul transplantului;
- y) banca de țesuturi și celule – unitate care desfășoară activități de prelucrare, conservare, stocare sau distribuire de țesuturi și celule umane.

Art. 115

(1) Autorități competente în domeniul activității de transplant din România sunt structura de control în domeniul sănătății publice din cadrul Ministerului Sănătății și Agenția Națională de Transplant.

(2) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană se realizează în unități sanitare publice sau private acreditate.

(3) Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se realizează în centre de transplant publice sau private acreditate. Acreditarea emisă va menționa tipul sau tipurile de transplant pe care centrul de transplant în cauză le poate desfășura. Criteriile de acreditare se stabilesc de către Agenția Națională de Transplant și sunt aprobate prin Ordin al Ministrului Sănătății.

(4) Personalul medical direct implicat în toate etapele lanțului, de la donare la transplant sau distrugerea organelor, țesuturilor și celulelor este calificat sau instruit corespunzător și competent pentru îndeplinirea atribuțiilor și a beneficiat de instruire profesională în domeniu.

CAPITOLUL II Donarea și donatorul de organe, țesuturi și celule de origine umană

Art. 116

Prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană de la donatorul în viață se face în următoarele condiții:

- a) prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană, în scop terapeutic, se poate efectua de la persoane majore în viață, având capacitate de exercițiu deplină, după obținerea consimțământului informat, scris, liber, prealabil și expres al acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1. Se interzice prelevarea de organe, țesuturi și celule de la persoane fără capacitate de exercițiu;
- b) consimțământul se semnează numai după ce donatorul a fost informat de medic, asistentul social sau alte persoane cu pregătire de specialitate asupra eventualelor riscuri și consecințe pe plan fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din actul prelevării;
- c) donatorul poate reveni asupra consimțământului dat, până în momentul prelevării;
- d) prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană ca urmare a exercitării unei constrângeri de natură fizică sau morală asupra unei persoane sunt interzise;
- e) donarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană nu pot face obiectul unor acte și fapte juridice, în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură.
- f) donatorul și primitorul vor semna un act legalizat prin care declară că donarea se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1.
- g) donatorul va fi scutit de plata spitalizării/spitalizărilor aferente donării, precum și a costurilor aferente contoralelor medicale periodice post-donare.
- h) Centrele de transplant vor păstra o evidență a donatorilor vii care au donat în centrul respectiv, în conformitate cu dispozițiile naționale privind protecția datelor cu caracter personal și confidențialitatea statistică
- i) monitorizarea donatorilor vii include controalele medicale periodice obligatorii care se vor realiza la 1 lună, 3 luni, 6 luni și 1 an post-donare, iar ulterior anual.

Art. 117

(1) Se interzice prelevarea de organe, țesuturi și celule de la potențiali donatori minori în viață, cu excepția cazurilor prevăzute în prezenta lege.

(2) Prin derogare de la alin. (1), în cazul în care donatorul este minor, prelevarea de celule stem hematopoietice medulare sau periferice se face în următoarele condiții:

(3) prelevarea de celule stem hematopoietice medulare sau periferice de la minori se poate face numai cu consimțământul minorului dacă acesta a împlinit vârsta de 14 ani și cu acordul scris al ocrotitorului legal, respectiv al părinților, tutorelui sau al curatorului. Dacă minorul nu a împlinit vârsta de 14 ani, prelevarea se poate face cu acordul ocrotitorului legal;

(4) în cazul donatorului care are cel puțin 14 ani, consimțământul acestuia, scris sau verbal, se exprimă în fața președintelui tribunalului în a cărei circumscripție teritorială se află sediul centrului unde se efectuează transplantul, după efectuarea obligatorie a unei anchete de către autoritatea tutelară competentă, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2.

(5) Refuzul scris sau verbal al minorului împiedică orice prelevare.

Art. 118

(1) Prelevarea de organe, țesuturi sau celule de la donatorul viu se va efectua cu avizul comisiei de avizare a donării de la donatorul viu, constituită în cadrul spitalului în care se efectuează transplantul; această comisie va evalua motivația donării și va controla respectarea drepturilor pacienților, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1.

(2) Comisia de avizare a donării de la donatorul viu va avea următoarea componență: un medic cu pregătire în bioetică din partea colegiului medicilor județean sau al municipiului București, un psiholog sau un medic psihiatru și un medic primar, angajat al spitalului și având atribuții de conducere în cadrul acestuia, neimplicat în echipa de transplant.

(3) Această comisie va funcționa conform unui regulament emis de Agenția Națională de Transplant, cu consultarea Comisiei de bioetică a Ministerului Sănătății. Regulamentul va fi aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice.

(4) Comisia va evalua atât donatorul, cât și primitorul care vor fi supuși unui examen psihologic și/sau psihiatric, având ca scop testarea capacității de exercițiu, precum și stabilirea motivației donării.

(5) Examenul psihologic/psihiatric va fi efectuat de un specialist, psiholog sau psihiatru, independent atât de echipa care efectuează transplantul, cât și de familiile donatorului și primitorului.

(6) Prelevarea, de la donatori vii, de sânge, piele, spermă, cap femural, placentă, sânge din cordonul ombilical, membrane amniotice, ce vor fi utilizate în scop terapeutic, se face cu respectarea regulilor de bioetică cuprinse în regulamentul comisiei de avizare a donării de la donatorul viu, fără a fi necesar avizul acestei comisii.

(7) În cazul recoltării de sânge placentar, mostre de sânge, piele, spermă, cap femural, placentă, membrane amniotice, sânge din cordonul ombilical și țesut din cordonul ombilical la naștere, va trebui adăugată pe autorizație și numărul documentului de acreditare sau agreere a băncii de către Agenția Națională de Transplant.

(8) Datele privind donatorul și receptorul, inclusiv informațiile genetice, la care pot avea acces terțe părți, vor fi comunicate sub anonim, astfel încât nici donatorul, nici receptorul să nu poată fi identificați.

(9) Dacă donatorul nu dorește să-și divulge identitatea, se va respecta confidențialitatea donării, cu excepția cazurilor în care declararea identității este obligatorie prin lege.

Art. 119

(1) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de la donatorul decedat se face în următoarele condiții:

(2) se definește ca donator decedat fără activitate cardiacă persoana la care s-a constatat oprirea cardiorespiratorie iresuscitabilă și ireversibilă, confirmată în spital de 2 medici primari. Confirmarea donatorului decedat fără activitate cardiacă se face conform protocolului de resuscitare, prevăzut în anexa nr. 6, excepție făcând situațiile fără echivoc;

(3) se definește ca donator decedat cu activitate cardiacă persoana la care s-a constatat încetarea ireversibilă a tuturor funcțiilor creierului, conform protocolului de declarare a morții cerebrale prevăzut în anexa nr. 3;

(4) declararea morții cerebrale se face de către medici care nu fac parte din echipele de coordonare, prelevare, transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;

(5) prelevarea de organe, țesuturi și/sau celule de la persoanele decedate se face numai cu consimțământul scris a cel puțin unuia dintre membrii majori ai familiei sau al rudelor, în următoarea ordine: soț, părinte, copil, frate, soră. În absența acestora, consimțământul va fi luat de la persoana autorizată, în mod legal, conform legislației în domeniu, să îl reprezinte pe defunct; în ambele situații se procedează conform modelului prevăzut în anexa nr. 4;

(6) prelevarea se poate face fără consimțământul membrilor familiei dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat deja opțiunea în favoarea donării, printr-un act notarial de consimțământ pentru prelevare.

(7) prelevarea nu se poate face sub nici o formă dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat deja opțiunea împotriva donării, prin act de refuz al donării.. Actul de refuz al donării, va fi prezentat de către aparținători coordonatorului de transplant.

Art. 120

(1) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de la donatori vii și decedați se efectuează numai după un control clinic și de laborator care să excludă orice boală infecțioasă, o posibilă contaminare sau alte afecțiuni care reprezintă un risc pentru primitor, conform protocoalelor stabilite pentru fiecare organ, țesut sau celulă în parte. În cazul celulelor stem contaminate (excepție HIV, lues și infecții rezistente la antibioticele uzuale), acestea pot fi depozitate la cererea familiei separat de probele sterile.

(2) Repartiția organelor, țesuturilor și celulelor de origine umană prelevate la nivel național se efectuează de către Agenția Națională de Transplant, în funcție de regulile stabilite de aceasta privind alocarea organelor, țesuturilor și celulelor de origine umană în cadrul sistemului de transplant din România.

(3) În condițiile în care pe teritoriul național nu există nici un primitor compatibil cu organele, țesuturile și celulele de origine umană disponibile, acestea pot fi alocate în rețeaua internațională de transplant, pe baza unei autorizații speciale emise de Agenția Națională de Transplant, conform modelului prevăzut în anexa nr. 7

(4) Țesuturile și celulele de origine umană prelevate pot fi utilizate imediat pentru transplant sau pot fi procesate și depozitate în băncile de țesuturi și celule, acreditate sau agreate de Agenția Națională de Transplant.

(5) Transplantul de țesuturi sau celule de origine umană se efectuează numai din băncile acreditate sau agreate de Agenția Națională de Transplant.

(6) Fiecare prelevare de organ, țesut sau celulă de origine umană de la donator decedat este anunțată imediat și înregistrată în Registrul Național de Transplant la Agenția Națională de Transplant, conform procedurilor stabilite prin ordin al ministrului sănătății; în cazul donatorilor vii, aceste date sunt raportate Agenției Naționale de Transplant la fiecare 6 luni.

(7) Medicii care au efectuat prelevarea de organe și țesuturi de la o persoană decedată vor asigura restaurarea cadavrului și a fizionomiei sale prin îngrijiri și mijloace specifice, inclusiv chirurgicale dacă este necesar, în scopul obținerii unei infățișări demne a corpului defunctului.

(8) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană, în cazuri medico-legale, se face numai cu consimțământul medicului legist, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8; prelevarea poate fi refuzată doar în cazul în care compromite rezultatul autopsiei medico-legale.

(9) Introducerea sau scoaterea din țară de organe, țesuturi, celule de origine umană se face numai pe baza autorizației speciale emise de Agenția Națională de Transplant, după modelul prevăzut în anexa nr. 7, respectiv anexa nr. 9, conform legislației vamale.

(10) Raportarea autorizațiilor emise de Agenția Națională de Transplant către Ministerul Sănătății se face anual sau la cererea acestuia.

(11) Introducerea sau scoaterea din țară de țesuturi și celule de origine umană altele decât cele prevăzute la alin. (9) se face numai de către băncile acreditate, agreate sau sucursale directe ale acestora pe baza autorizației speciale emise de Agenția Națională de Transplant, cu valabilitate pentru o perioadă de un an

(12) Se interzice divulgarea oricărei informații privind identitatea donatorului cadavru, precum și a primitorului, exceptând cazurile în care familia donatorului, respectiv primitorul sunt de acord, precum și cazurile în care declararea identității este obligatorie prin lege. Datele privind donatorul și receptorul, inclusiv informațiile genetice, la care pot avea acces terțe părți, vor fi comunicate sub anonimat, astfel încât nici donatorul, nici receptorul să nu poată fi identificați.

(13) Agenția Națională de Transplant poate acorda servicii funerare și/sau transportul cadavrului, în cazul donatorilor de la care s-au prelevat organe și/sau țesuturi și/sau celule.

(14) După fiecare prelevare de organe, țesuturi și/sau celule de la donatorii cadavru se vor completa, cu datele din momentul prelevării, Fișa de declarare a donatorului și Fișa de prelevare de organe și țesuturi, prevăzute în anexa nr. 10.

(15) Structura de control în domeniul sănătății publice a Ministerului Sănătății stabilește împreună cu Agenția Națională de Transplant un sistem de vigilență pentru raportarea, investigarea, înregistrarea și transmiterea informațiilor despre incidente adverse severe și

reacțiile adverse severe apărute în orice etapă a lanțului de la donare la transplant, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

(16) Structura de control în domeniul sănătății publice a Ministerul Sănătății coordonează și organizează sistemul de vigilență pentru notificarea incidentelor adverse severe și reacțiile adverse severe din domeniul activității de transplant.

CAPITOLUL III Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană

Art. 121

Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se efectuează numai în scop terapeutic.

Art. 122

Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se efectuează cu consimțământul scris al primitorului, după ce acesta a fost informat asupra riscurilor și beneficiilor procedurii, conform modelului prevăzut în anexa nr. 11.

Art. 123

(1) În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul, acesta poate fi dat în scris de către unul din membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia, conform modelului prevăzut în anexa nr. 11.

(2) În cazul primitorului aflat în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul, transplantul se poate efectua fără consimțământul prevăzut anterior dacă, datorită unor împrejurări obiective, nu se poate lua legătura în timp util cu familia ori cu reprezentantul legal al acestuia, iar întârzierea ar conduce inevitabil la decesul pacientului.

(3) Situația descrisă la alin. (2) va fi consemnată de medicul șef de secție și de medicul curant al pacientului, în formularul prevăzut în anexa nr. 12.

Art. 124

Prin excepție, în cazul minorilor sau persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu, consimțământul va fi dat de părinți sau de celelalte persoane care au calitatea de ocrotitor legal al acestora, după caz, conform modelului prevăzut în anexa nr. 13.

CAPITOLUL IV Finanțarea activității de transplant**Art. 125**

Costul investigațiilor, spitalizării, intervențiilor chirurgicale, medicamentelor, materialelor sanitare, al îngrijirilor postoperatorii, precum și cheltuielile legate de coordonarea de transplant se pot deconta după cum urmează:

- a) din bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate, pentru pacienții incluși în Programul național de transplant;
- b) prin contribuția personală a pacientului sau, pentru el, a unui sistem de asigurări facultative de sănătate;
- c) donații și sponsorizări de la persoane fizice sau juridice, organizații neguvernamentale ori alte organisme interesate.

CAPITOLUL V Sancțiuni**Art. 126**

Organizarea și efectuarea prelevării și/sau transplantului de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană în alte condiții decât cele prevăzute de prezentul titlu, constituie infracțiune și se pedepsește conform legii penale.

Art. 127

Prelevarea sau transplantul de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană fără consimțământ dat în condițiile prezentului titlu constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 5 la 7 ani.

Art. 128

Fapta persoanei care a dispus sau a efectuat prelevarea atunci când prin aceasta se compromise o autopsie medico-legală, solicitată în condițiile legii, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 1 la 3 ani.

Art. 129

(1) Constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 la 5 ani fapta persoanei de a dona organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, în scopul obținerii de foloase materiale sau de altă natură, pentru sine sau pentru altul.

(2) Determinarea cu rea-credință sau constrângerea unei persoane să doneze organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani.

(3) Publicitatea în folosul unei persoane, în scopul obținerii de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, precum și publicarea sau mediatizarea unor anunțuri privind donarea de organe și/sau țesuturi și/sau celule umane în scopul obținerii unor avantaje materiale sau de altă

natură pentru sine, familie ori terțe persoane fizice sau juridice constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani.

Art. 130

(1) Organizarea și/sau efectuarea prelevării și/sau transplantului de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, în scopul obținerii unui profit material pentru donator constituie infracțiunea de trafic de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană și se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani.

(2) Cu aceeași pedeapsă se sancționează și cumpărarea de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană, în scopul revânzării, în vederea obținerii unui profit.

(3) Tentativa se pedepsește.

Art. 131

Introducerea sau scoaterea din țară de organe, țesuturi, celule de origine umană fără autorizația specială emisă de Agenția Națională de Transplant constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani.

CAPITOLUL VI Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 132

(1) Prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se efectuează de către medici de specialitate, în unități sanitare publice sau private acreditate de către Agenția Națională de Transplant și aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Acreditarea în domeniul transplantului a unitatilor sanitare publice sau private are valabilitate de 5 ani. Orice modificare a criteriilor initiale de acreditare intervenita în cadrul unitatilor acreditate se notifica Agentiei Nationale de Transplant în vederea reacreditarii.

(3) Criteriile de acreditare a unităților sanitare prevăzute la alin. (1) sunt stabilite de Agenția Națională de Transplant, prin normele metodologice de aplicare a prezentului titlu aprobate prin ordin al ministrului sanatatii, în conformitate cu legislația europeană în domeniu.

(4) Structura de control în sănătate publică a Ministerului Sănătății poate suspenda sau revoca acreditarea în cazul în care în urma inspecțiilor efectuate împreună cu Agenția Națională de Transplant constată că unitatea sanitară respectivă nu respectă prevederile legale în vigoare. Inspecțiile vor fi efectuate periodic, iar intervalul dintre două inspecții nu trebuie să depășească 2 ani, conform legislației în vigoare.

(5) Unitățile sanitare acreditate stabilesc un sistem de identificare a fiecărui act de donare, prin intermediul unui cod unic, precum și fiecărui produs asociat cu el. Pentru organe, țesuturi și celule este necesară etichetarea codificată care să permită stabilirea unei legături de la donator la

primitor și invers. Informațiile vor fi păstrate cel puțin 30 de ani pe suport de hârtie sau pe suport electronic.

(6) Unitățile sanitare acreditate pentru activitatea de procesare și/sau utilizare de țesuturi și/sau celule vor păstra o înregistrare a activității lor, incluzând tipurile și cantitățile de țesuturi și/sau celule procurate, testate, conservate, depozitate, distribuite sau casate, precum și originea și destinația acestor țesuturi și/sau celule pentru utilizare umană. Ele vor trimite anual un raport de activitate Agenției Naționale de Transplant; aceleași prevederi se aplică și la transplantul de organe.

(7) Agenția Națională de Transplant gestionează registrele naționale, prin care se asigură monitorizarea continuă a activității de transplant, al activităților centrelor de prelevare și al centrelor de transplant, inclusiv numărul total al donatorilor vii și decedați, tipurile și numărul de organe prelevate și transplantate sau distruse, în conformitate cu dispozițiile naționale privind protecția datelor cu caracter personal și confidențialitatea datelor statistice

(8) Agenția Națională de Transplant va institui și va menține o evidență actualizată a centrelor de prelevare și a centrelor de transplant și va furniza informații la cerere în acest sens.

(9) Agenția Națională de Transplant va raporta Comisiei Europene la fiecare trei ani, cu privire la activitățile întreprinse în legătură cu dispozițiile Directivei 2010/53/EC a Parlamentului European și a Consiliului din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate și siguranță referitoare la organele umane destinate transplantului, precum și cu privire la experiența dobândită în urma punerii sale în aplicare.

Art. 133

Unitățile sanitare acreditate pentru activitatea de transplant tisular și/sau celular vor trebui să desemneze o persoană responsabilă pentru asigurarea calității țesuturilor și/sau celulelor procesate și/sau utilizate în conformitate cu legislația europeană și cea română în domeniu. Standardul de instruire profesională a acestei persoane va fi stabilit prin norme.

Art. 134

Normele metodologice de aplicare a prezentului titlu vor fi elaborate în termen de 90 de zile de la publicarea legii și vor fi aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 135

Anexele nr. 1 - 13 fac parte integrantă din prezentul titlu.

TITLUL VII SISTEMUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE**CAPITOLUL I Definiții generale privind sistemul de asigurări de sănătate****Art. 136**

În înțelesul prezentei legi, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

- a) riscul de boală - este un indicator estimat pe baza impactului determinantilor sănătății care determină nivelul consumului de resurse financiare generate de îmbolnăvire, al unei populații asigurate la un asigurator, Acesta este utilizat pentru calculul alocării fondului național de asigurări obligatorii de sănătate, denumit în continuare FOND, pentru fiecare asigurator;
- b) riscul funcțional/vital - este un indicator al consecințelor funcționale și/sau vitale generate de contractarea unei boli acute sau cronice;
- c) riscul financiar generat de boală - este un indicator al consecințelor financiare generat de contractarea unei boli acute sau cronice;
- d) serviciile de sănătate sunt reprezentate de serviciile medicale preventive, curative și de recuperare, îngrijirile medicale la domiciliu, medicamentele, dispozitivele medicale și alte tipuri de servicii, furnizate de către persoanele fizice și juridice autorizate și/sau acreditate, după caz, în condițiile legii;
- e) pachetul minimal de servicii de sănătate, denumit în continuare PMSS, se acordă cetățenilor români precum și cetățenilor străini și apatrizi care au drept de lungă ședere sau au domiciliu în România și cuprinde servicii de sănătate finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, inclusiv serviciile acordate în cazul urgențelor prespitalicești și a urgențelor medico chirurgicale în unitatea de primire urgențe, denumită în continuare UPU și în compartimentul de primire urgențe, denumit în continuare CPU, în conformitate cu prevederile acordului cadru.
- f) pachetul de servicii de sănătate de bază, denumit în continuare PSSB se acordă persoanelor asigurate și cuprinde serviciile de sănătate, profilactice și curative, de îngrijire a sănătății, medicamentele, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se suportă din fondul național de asigurări obligatorii de sănătate, denumit în continuare FOND, în condițiile prevăzute de acordul-cadru;
- g) pachetul social de servicii de sănătate, denumit în continuare PSSS, se acordă asiguraților cu venituri mici și persoanelor asistate social, pentru servicii de sănătate cu risc funcțional/vital altele decât cele din PSSB, decontate de la bugetul de stat, în condițiile prevăzute de acordul-cadru;
- h) serviciile de sănătate facultative, denumite în continuare SSF, se acordă asiguraților care încheie un contract de asigurare facultativă pentru servicii de sănătate suplimentare și complementare PSSB;

- i) furnizorii – persoane fizice sau juridice care furnizează în mod legal servicii de sănătate. Pe teritoriul României, furnizorii sunt persoane fizice sau juridice autorizate de către Ministerul Sănătății sau structurile de specialitate ale acestuia;
- j) asiguratorii de sănătate, persoane juridice române autonome, de drept public sau privat, constituite ca societăți de asigurări, societăți mutuale, autorizate în condițiile legii să exercite activități specifice de asigurări de sănătate pe teritoriul României. Aceștia pot fi, inclusiv, filiale ale unei societăți de asigurare sau ale unei societăți mutuale care au primit o autorizație de la autoritatea competentă a statului de origine, care au obținut autorizarea în România în condițiile prezentei legi și satisfac condițiile de eligibilitate pentru a intra în contract cu Agenția Națională de Asigurări de Sănătate;
- k) societăți mutuale de asigurări - persoane juridice civile de drept privat, fără scop patrimonial, gestionate de către membrii aderenți, având drept obiectiv protejarea acestora față de riscul de boală și de consecințele financiare ale acesteia;
- l) asigurați – cetățenii români cu domiciliul în România, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România, care plătesc contribuția la FOND sau pentru care plata se face din alte surse;
- m) coasigurații - soțul, soția sau părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- n) autorizarea – reprezintă procesul și decizia în urma căreia Ministerul Sănătății emite un certificat care permite furnizorului de servicii de sănătate să-și exercite activitatea de specialitate în România, conform legislației în vigoare;
- o) acreditarea reprezintă procesul de evaluare externă prin care se analizează conformitatea față de standarde specifice.
- p) evaluarea este procedura externă prin care asiguratorul verifică îndeplinirea de către furnizor a condițiilor stabilite în acordul cadru pentru contractarea și furnizarea serviciilor de sănătate;
- q) Acordul Cadru – reprezintă modul de reglementare a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate și se aprobă prin hotărâre de guvern;
- r) contractantul asigurării este persoana fizică sau juridică ce încheie un contract de asigurare de sănătate cu un asigurator de sănătate public sau privat, în numele, cu acordul și în beneficiul asiguratului. Contractantul asigurării poate fi identic cu asiguratul în cazul persoanelor fizice;
- s) asigurarea obligatorie de sănătate – asigurare încheiată între un asigurator de sănătate și contractantul asigurării, pentru acordarea serviciilor din PSSB persoanei beneficiare;
- t) asigurare facultativă de sănătate – asigurare de sănătate încheiată de către un asigurator cu contractantul asigurării pentru acordarea serviciilor din PSSF persoanei beneficiare;

- u) coplata – suma fixă care reprezintă plata contribuției bănești a asiguratului pentru a putea beneficia de serviciile de sănătate din pachetul de servicii de sănătate de bază din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate, încasată suplimentar de către furnizor față de suma decontată din fond;
- v) tariful de referință - tariful utilizat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate pentru plata unor servicii de sănătate, stabilit prin normele de aplicare ale acordului cadru;
- w) prețul de referință - prețul utilizat în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate pentru plata unor medicamente și dispozitive medicale, potrivit politicii de prețuri a Ministerului Sănătății;
- x) prețul de decontare - prețul suportat din FOND pentru unele medicamente și dispozitive medicale stabilit prin normele de aplicare ale acordului cadru;
- y)
 - 1. dispozitiv medical - orice instrument, aparat, echipament, software, material sau alt articol, utilizate separat sau în combinație, inclusiv software-ul destinat de către producătorul acestuia a fi utilizat în mod specific pentru diagnosticare și/sau în scop terapeutic și necesar funcționării corespunzătoare a dispozitivului medical, destinat de către producător a fi folosit pentru om în scop de:
 - i. diagnosticare, prevenire, monitorizare, tratament sau ameliorare a unei afecțiuni;
 - ii. diagnosticare, monitorizare, tratament, ameliorare sau compensare a unei leziuni sau a unui handicap;
 - iii. investigare, înlocuire sau modificare a anatomiei sau a unui proces fiziologic;
 - iv. control al concepției;
 - v. și care nu își îndeplinește acțiunea principală pentru care a fost destinat în organismul uman sau asupra acestuia prin mijloace farmacologice, imunologice sau metabolice, dar a cărui funcționare poate fi asistată prin astfel de mijloace;
 - 2. Accesoriu - un articol care, deși nu este un dispozitiv, este destinat în mod special de către producător să fie utilizat împreună cu un dispozitiv, pentru a permite utilizarea acestuia în conformitate cu scopul propus dat de producător respectivului dispozitiv;

Art. 137

Definițiile care pot exista în alte legi și care sunt diferite de cele prevăzute la Art. 131 nu se aplică în contextul prezentei legi.

CAPITOLUL II Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate

Secțiunea 1 Dispoziții generale

Art. 138

Asigurările obligatorii de sănătate reprezintă sistemul principal de finanțare a serviciilor de sănătate prin care se asigură accesul asiguraților la PSSB, decontat din FOND și la PMSS decontat de la bugetul de stat.

Art. 139

Obiectivele sistemului de asigurări obligatorii de sănătate sunt:

- a) protejarea asiguraților față de riscul de îmbolnăvire și accidentare și de efortul financiar indus de acestea;
- b) asigurarea protecției universale, echitabile și nediscriminatorii a asiguraților.

Art. 140

Principiile sistemului de asigurări obligatorii de sănătate sunt:

- a) solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate;
- b) alegerea liberă și informată de către asigurați atât a asiguratorului, cât și a furnizorilor de servicii de sănătate autorizați;
- c) libera concurență atât între asiguratorii de sănătate, cât și între furnizorii de servicii de sănătate care încheie contracte cu aceștia, în condițiile legii;
- d) autonomie în conducerea și în administrarea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate;
- e) participarea bugetului de stat la plata contribuției de asigurări obligatorii de sănătate pentru categoriile de persoane prevăzute de prezenta lege;
- f) transparența activității și finanțării sistemului de asigurări obligatorii de sănătate;
- g) obligativitatea plății, directe sau indirecte a contribuției la Fond pentru toți cetățenii;
- h) promovarea evaluării tehnologiilor medicale și a medicinei bazate pe dovezi științifice, în scopul asigurării unei utilizări cost-eficace a Fondului.

Art. 141

Pot funcționa și forme facultative de asigurare a sănătății, alături de asigurările obligatorii de sănătate. Participarea la o asigurare facultativă de sănătate este condiționată de existența prealabilă a asigurării obligatorii de sănătate.

Structura sistemului de asigurări obligatorii de sănătate cuprinde: Ministerul Sănătății, Agenția Națională de Administrare Fiscală, denumită în continuare ANAF, Autoritatea Națională de Reglementare a Asigurărilor Obligatorii de Sănătate, denumită în continuare ANRAOS, Agenția Națională de Management al Calității în Sănătate, denumită în continuare ANMCS, Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, denumită în continuare CSA, asiguratorii de sănătate în contract cu ANRAOS, furnizori și asigurați, conform legii.

Secțiunea 2 Acordul Cadru

Art. 143

(1) Acordul cadru se elaborează de către Ministerului Sănătății și Autoritatea Națională de Reglementare a Asigurărilor Obligatorii de Sănătate, după consultare cu reprezentantii structurilor asociative ale asiguratorilor, cu cei ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și cu cei ai Colegiului Medicilor Dentiști din România, o dată la patru ani și reglementează, în principal:

- a) modalitățile de contractare, acordare și decontare a serviciilor de sănătate, medicamentelor și dispozitivelor medicale pentru PSSB, PMSS și PSSS ;
- b) condițiile de negociere și contractare între ANRAOS și asiguratorii;
- c) condițiile de negociere, contractare și decontare între asiguratorii și furnizorii;
- d) condițiile de negociere și contractare între asiguratorii și asigurații;
- e) modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor;
- f) criteriile de definire a pachetului de servicii de sănătate de bază;
- g) criteriile de definire a pachetului minim de servicii de sănătate;
- h) criteriile de definire a pachetului social de servicii de sănătate;
- i) domeniile de asistență medicală, lista serviciilor de sănătate și suma fixă privind coplata.

(2) În aplicarea Acordului Cadru se elaborează norme metodologice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui ANRAOS, după consultare cu reprezentantii structurilor asociative ale asiguratorilor de sănătate, cu cei ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și cu cei ai Colegiului Medicilor Dentiști din România.

(3) Sunt supuse negocierii între partenerii enumerați la alin.(2) elementele acordului cadru privind nivelul maxim al tarifelor prevăzute de art. 139 lit a)-f).

Art. 144

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii de sănătate, care se detaliază prin Acordul Cadru și normele de aplicare ale acestuia, pot fi:

- a) tarif pe persoană asigurată;
- b) tarif pe serviciu medical;

- c) tarif pe caz rezolvat;
- d) tarif pe zi de spitalizare;
- e) tarif pe caz de boală;
- f) preț de referință;
- g) preț de decontare;
- h) buget global;
- i) sumă de închiriere;
- j) bonusuri;
- k) alte forme prevăzute de reglementările în vigoare.

Art. 145

Pachetul de servicii de sănătate de bază acordate cuprinde următoarele tipuri de servicii:

- a) servicii de sănătate curative, inclusiv cele specifice bolilor netransmisibile cu risc crescut și impact major asupra stării de sănătate a asiguraților,
- b) servicii de recuperare medicală;
- c) servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- d) servicii paliative;
- e) medicamente, dispozitive medicale și alte mijloace terapeutice, inclusiv cele specifice bolilor netransmisibile cu risc crescut și impact major asupra stării de sănătate a asiguraților
- f) servicii de informatică medicală și telemedicină

Art. 146

Persoanele care prin faptele lor aduc prejudicii sau daune sănătății altei persoane răspund potrivit legii și sunt obligate să suporte cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată.

Art. 147

Acordul - cadru conține reglementări privind serviciile de sănătate acordate asiguraților români pe teritoriul altor state membre UE sau a altor state cu care România a încheiat acorduri și/sau documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Art. 148

(1) Următoarele servicii de sănătate nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, după caz:

- a) asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță, în conformitate cu prevederile acordului cadru;

- c) unele servicii de asistență stomatologică, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizarea in vitro;
- i) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
- j) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
- k) serviciile de sănătate solicitate de asigurat, cu excepția prezentării la medicul de familie;
- l) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie, în conformitate cu prevederile acordului cadru;
- m) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și al cabinetelor de medicină a muncii;

(2) Serviciile de sănătate acordate unei persoane care a suferit vătămări corporale în urma unui accident de circulație nu sunt decontate din fond.

(3) Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată pentru serviciile de la alin.(2) se suportă din asigurarea de răspundere civilă auto a făptașului, prin asiguratorul din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate.

(4) Pentru serviciile de la alin.(1) pot exista forme facultative de asigurări de sănătate.

Art. 149

Lista cu medicamentele de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală se elaborează de către Ministerul Sănătății și ANRAOS, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și a asiguratorilor înregistrați la ANRAOS, și se aprobă prin hotărâre a guvernului.

Art. 150

Elaborarea listei de medicamente se realizează pe baza analizei studiilor de evaluare a tehnologiilor medicale, efectuată de către ANMCS.

Art. 151

În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul cuprinzând medicamentele autorizate pentru punere pe piață în România.

Secțiunea 3 Constituirea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate**Art. 152**

Fondul național de asigurări obligatorii de sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei legi, fiind gestionat în mod autonom și transparent de către ANRAOS.

Art. 153

Constituirea fondului se face din contribuția pentru asigurări obligatorii de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată după caz, de către asigurați în mod direct sau prin angajator, respectiv de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții și/sau transferuri de la bugetul de stat pentru persoanele scutite conform prevederilor prezentei legi, precum și din alte surse – donații, sponsorizări, dobânzi și alte venituri, potrivit legii.

Art. 154

Cotele procentuale de contribuție sunt:

- a) 5,5 pentru asigurat;
- b) 5,2 pentru angajator, valoarea acestei contribuții nu poate fi mai mică decât 5,2% aplicată la un salariu de mediu brut pe țară, lunar, pentru fiecare angajat;
- c) 5,5 pentru asigurații cu plata contribuției din alte surse; valoarea acestei contribuții nu poate fi mai mică decât 5,5% aplicată la un salariu de bază minim brut pe țară, lunar.

Art. 155

Contribuția lunară a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote procentuale, care se aplică asupra:

- a) veniturilor din salarii sau asimilate salariilor, precum și orice alte venituri realizate din desfășurarea unei activități dependente;
- b) veniturilor impozabile realizate de persoane care desfășoară activități independente care se supun impozitului pe venit;
- c) veniturilor din agricultură supuse impozitului pe venit și veniturilor din silvicultură, pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator și nu se încadrează la lit. b);
- d) indemnizațiilor de șomaj.;

- e) pensiilor care depășesc suma de 740 de lei, pentru cuantumul ce depășește această sumă;
- f) veniturilor din cedarea folosinței bunurilor, veniturilor din dividende și dobânzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuală realizate în mod individual și/sau într-o formă de asociere și altor venituri care se supun impozitului pe venit, numai în cazul în care nu realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a) - e),
- g) În cazul persoanelor care realizează venituri de natura celor prevăzute la lit. a)-f) al căror valoare se situează sub nivelul salariului de bază minim brut pe țară, contribuția datorată nu poate fi mai mică decât cota procentuală aplicată la un salariu de bază minim brut pe țară, lunar.

Art. 156

Contribuția lunară a categoriilor de persoane asigurate, pentru care plata se face din alte surse, se suportă astfel:

- a) pentru coasigurați, respectiv soțul, soția sau părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate, așa cum sunt definiți în Legea nr.571/2006 cu modificările și completările ulterioare:
 - 1. în situația în care venitul impozabil lunar al persoanei asigurate depășește dublul salariului minim brut pe țară, persoana asigurată va plăti contribuția de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar, pentru fiecare persoană coasigurată.
 - 2. în situația în care venitul impozabil al persoanei asigurate este sub cel menționat la punctul 1., contribuția de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar, se plătește din bugetul de stat;
- b) pentru persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepția celor obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- c) pentru persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin

Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoașterii față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, și care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;

- d) pentru persoanele care se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- e) pentru persoanele care se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- f) pentru persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au alte venituri, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- g) pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj, bugetul asigurărilor de șomaj are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- h) pentru străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- i) pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- j) pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate, în cota corespunzătoare pentru asigurat;

- k) pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate, în cota corespunzătoare pentru asigurat, aferentă sumei de 740 lei;
- l) pentru persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- m) pentru personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse, bugetul de stat are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;
- n) pentru persoanele care nu realizează venituri impozabile, pentru persoanele care beneficiază de venitul minim garantat și pentru persoanele care sunt asistate social, bugetul administrației publice locale are obligația plății contribuției de asigurări obligatorii de sănătate în cota corespunzătoare pentru asigurat, aplicată la salariul minim brut pe țară, lunar;

Art. 157

Colectarea contribuțiilor se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin intermediul ANAF, într-un cont distinct deschis pe seama ANRAOS, în condițiile legii.

Art. 158

Ministerul Finanțelor Publice transmite lunar ANRAOS și publică pe website-ul propriu informațiile cu privire la contul curent și despre:

- a) soldul final al fiecărei luni;
- b) toate rulajele și tranzacțiile care au avut loc în contul curent în luna respectivă.

Art. 159

ANAF virează lunar în contul ANRAOS sumele colectate, nu mai puțin decât sumele rezultate din trimestrializarea bugetului de venituri și cheltuieli, aprobat prin lege.

Art. 160

Ministerul Finanțelor Publice nu percepe nici un cost cu privire la gestionarea contului curent al ANRAOS și stabilește de comun acord cu ANRAOS regulile cu privire la dobânda ce trebuie plătită, respectiv primită, pentru soldurile contului curent.

Art. 161

Bugetul de venituri și cheltuieli al fondului este aprobat de Parlament prin lege specială, distinctă de legea bugetului de stat, inițiată de Ministerul Sănătății, la propunerea ANRAOS.

Art. 162

În situații excepționale, pentru acoperirea deficitului bugetului Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate, după epuizarea fondului de rezervă, Parlamentul poate aproba prin lege completarea veniturilor bugetului fondului cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

Art. 163

Contribuția pentru concedii și indemnizații de asigurări obligatorii de sănătate, destinată exclusiv finanțării cheltuielilor cu plata acestor drepturi, de 1%, precum și plata concediilor și indemnizațiilor se administrează de către bugetul ANRAOS, în condițiile legii, metodologia stabilindu-se prin hotărâre de guvern.

Secțiunea 4 Utilizarea și administrarea Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate

Art. 164

Fondul național de asigurări obligatorii de sănătate este gestionat și se repartizează de către ANRAOS asiguratorilor de sănătate.

Art. 165

Sumele colectate în contul Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate se utilizează astfel:

- a) o cotă de maximum 92% calculată în funcție de riscul de boală se distribuie asiguratorilor de sănătate, conform contractelor încheiate cu ANRAOS, pentru plata serviciilor de sănătate, în condițiile stabilite prin acordul-cadru, inclusiv a celor acordate în baza acordurilor internaționale în domeniul sănătății la care România este parte. Formula de repartizare a acestei cote este stabilită prin acordul-cadru, pe baza riscului de boală al populației înscrise la un asigurator, estimat în funcție de factorii determinanți ai stării de sănătate (mediul de rezidență, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) și profilul de morbiditate al asiguraților. Din sumele distribuite asiguratorului de sănătate conform contractului încheiat cu ANRAOS, o cotă de maximum 2% se reține de către acesta pentru cheltuieli de administrare și funcționare.
- b) o cotă de 2% se distribuie pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale ANRAOS;
- c) o cotă de 6% rămâne în contul ANRAOS, pentru echilibrarea ulterioară a riscurilor între asiguratorii de sănătate, cu care ANRAOS este în relații contractuale. Criteriile de alocare a cotei pentru echilibrarea ulterioară sunt stabilite prin acordul cadru.
- d) sumele colectate rămase nedistribuite conform alin. a)-c) se utilizează pentru constituirea fondului de rezervă.

Art. 166

Sumele rămase neutilizate la nivelul ANRAOS la sfârșitul fiecărui an se reportează în anul următor cu aceeași destinație sau pot fi investite.

Art. 167

Investițiile prevăzute la art. 161 se pot face astfel:

- a) instrumente ale pieței monetare, inclusiv conturi și depozite în lei la o bancă, persoană juridică română, sau la o sucursală a unei instituții de credit străine autorizate să funcționeze pe teritoriul României și care nu se află în procedura de supraveghere specială ori administrare specială sau a cărei autorizație nu este retrasă, fără să depășească un procent mai mare de 20% din valoarea totală a activelor Fondului;
- b) titluri de stat emise de Ministerul Finanțelor Publice din România, de state membre ale Uniunii Europene sau aparținând Spațiului Economic European, în procent de până la 70% din valoarea totală a activelor Fondului;
- c) obligațiuni și alte valori mobiliare emise de autoritățile administrației publice locale din România sau din statele membre ale Uniunii Europene ori aparținând Spațiului Economic European, în procent de până la 30% din valoarea totală a activelor Fondului;
- d) valori mobiliare tranzacționate pe piețe reglementate și supravegheate din România, statele membre ale Uniunii Europene sau aparținând Spațiului Economic European, în procent de până la 50% din valoarea totală a activelor Fondului;
- e) titluri de stat și alte valori mobiliare, emise de state terțe, în procent de până la 15% din valoarea totală a activelor Fondului;
- f) obligațiuni și alte valori mobiliare, tranzacționate pe piețe reglementate și supravegheate, emise de autoritățile administrației publice locale din state terțe, în procent de până la 10% din valoarea totală a activelor Fondului;
- g) obligațiuni și alte valori mobiliare ale organismelor străine neguvernamentale, dacă aceste instrumente sunt cotate la burse de valori autorizate și dacă îndeplinesc cerințele de rating, în procent de până la 5% din valoarea totală a activelor Fondului;
- h) titluri de participare, emise de organisme de plasament colectiv în valori mobiliare din România sau din alte țări, în procent de până la 5% din valoarea totală a activelor Fondului;
- i) alte forme de investiții.

(1) Investițiile prevăzute la art.162, după caz, sunt efectuate în conformitate cu reglementările Băncii Naționale a României privind operațiunile valutare.

(2) ANRAOS poate modifica, temporar, procentul maxim al activelor, care poate fi investit în categoriile de active prevăzute la alin. (1), și va emite norme în acest scop.

(3) În funcție de natura emitentului de instrumente financiare în care ANRAOS poate investi, procentele maxime admise sunt:

- a) 5% din activele Fondului pot fi investite într-o singură societate comercială sau în fiecare categorie de active ale acesteia, fără a depăși în total 5%;
- b) 10% din activele Fondului pot fi investite în activele unui grup de emitenți și persoanele afiliate lor.

(4) Investițiile activelor Fondului și rezultatele investirii sunt scutite de impozit și sunt utilizate cu destinația prevăzută la art.160.

Art. 169

(1) Activele fondului nu pot fi investite în:

- a) active care, potrivit legii, nu pot fi înstrăinate;
- b) active a căror evaluare este incertă, precum și antichități, lucrări de artă, autovehicule și altele asemenea;
- c) bunuri imobiliare;
- d) acțiuni, obligațiuni și alte valori mobiliare emise de administrator;

(2) Activele fondului nu pot constitui garanții și nu pot fi utilizate pentru acordarea de credite, sub sancțiunea nulității absolute a actelor prin care se constituie garanția sau se acordă creditul.

Art. 170

Sumele rămase neutilizate la sfârșitul fiecărui an la nivelul asiguratorilor se reportează în anul următor cu aceeași destinație.

Art. 171

(1) Fondul de rezervă rămas neutilizat la finele anului se reportează în anul următor cu aceeași destinație.

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

Art. 172

(1) Disponibilitățile temporare ale fondului, precum și disponibilitățile fondului de rezervă se păstrează la trezoreria statului și sunt purtătoare de dobândă.

(2) Din disponibilitățile fondului de rezervă pot fi constituite depozite la termen la trezoreria statului, în condițiile stabilite prin convenție încheiată între ANRAOS și Ministerul Finanțelor Publice.

Secțiunea 5 Rolul și atribuțiile instituțiilor centrale

Art. 173

Ministerul Sănătății are rolul de organism de reglementare al sistemului de asigurări de sănătate, în aplicarea politicilor naționale de sănătate.

Art. 174

ANAF are rolul de a colecta și transfera către ANRAOS contribuțiile pentru constituirea Fondului, și de a transmite evidența nominală a asiguraților.

Art. 175

Autoritatea Națională de Reglementare a Asigurărilor Obligatorii de Sănătate denumită în continuare ANRAOS, instituție publică autonomă de interes național, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administrației publice centrale, și are sediul în municipiul București, Calea Călărașilor, nr. 248, sectorul 3.

Art. 176

ANRAOS se înființează prin reorganizarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, preia patrimoniul acesteia precum și toate drepturile și obligațiile, potrivit reglementărilor legale și contractuale.

Art. 177

ANRAOS are rol de organism de reglementare al sistemului de asigurări obligatorii de sănătate, gestionează și repartizează fondul către asigurători, supraveghează și controlează sistemul de asigurări obligatorii de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor guvernului în domeniul sănătății.

Art. 178

ANRAOS poate organiza oficii teritoriale pentru realizarea atribuțiilor prevăzute de prezenta lege. Condițiile pentru înființarea și organizarea acestor oficii se aprobă prin ordin al președintelui ANRAOS.

Art. 179

Pentru proiectele de acte normative elaborate de ministere și de celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale care au incidență asupra Fondului național unic de asigurări obligatorii de sănătate, este obligatorie obținerea prealabilă a avizului favorabil al Ministerului Sănătății și al ANRAOS.

Autoritatea Națională de Reglementare a Asigurărilor Obligatorii de Sănătate are următoarele atribuții principale:

- a) contribuie la elaborarea politicilor legate de asigurările obligatorii de sănătate în concordanță cu politicile generale și specifice în domeniul sănătății elaborate de către Ministerul Sănătății;
- b) monitorizează și controlează activitatea asiguratorilor din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, inclusiv prin verificări încrucișate la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate;
- c) elaborează și actualizează Registrul unic de evidență a asiguraților;
- d) elaborează și actualizează Registrul de evidență a asiguratorilor eligibili cu care intră în relații contractuale, informând cetățenii în legătură cu aceștia;
- e) asigură informarea și îndrumarea metodologică a asiguratorilor de sănătate;
- f) administrează și gestionează Fondul național de asigurări obligatorii de sănătate;
- g) organizează și administrează Platforma Informatică din Asigurările de Sănătate, denumită în continuare PIAS, care cuprinde sistemul informatic unic integrat, sistemul național al cardului național de asigurări obligatorii de sănătate, sistemul național de prescriere electronică și sistemul dosarului național al pacientului;
- h) inițiază, negociază și încheie cu instituții similare acorduri și documente de cooperare internațională în domeniul său de activitate;
- i) îndeplinește funcția de organism de legătură, care asigură comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
- j) elaborează și prezintă Guvernului un raport anual al activității din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, precum și alte rapoarte la solicitarea acestuia;
- k) negociază și contractează cu instituții abilitate de lege colectarea și prelucrarea datelor privind unele servicii de sănătate furnizate asiguraților, inclusiv decontarea pe caz rezolvat DRG, în vederea contractării și decontării acestora de către asiguratorii de sănătate;
- l) încheie contracte cu asiguratorii care îndeplinesc condițiile de eligibilitate stabilite prin prezenta lege;
- m) poate realiza venituri din exploatarea patrimoniului propriu, precum și din alte activități desfășurate potrivit domeniului de competență;
- n) aprobă metodologia și modalitățile de gestionare și de distribuire ale cardului național și european de asigurări de sănătate;
- o) elaborează împreună cu Ministerul Sănătății acordul – cadru aprobat prin hotărâre de guvern, precum și a normele sale de aplicare aprobate prin ordin comun al Ministrului Sănătății și Președintelui ANRAOS;
- p) supraveghează prudențial activitatea din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate și propune măsuri necesare pentru a evita apariția situațiilor de monopol;

- q) colectează date și informații primare necesare pentru aducerea la îndeplinire a atribuțiilor sale legale, cu asigurarea măsurilor de protecție a datelor care se referă la subiecți individuali - persoane juridice sau fizice - date obținute direct sau indirect, din surse administrative sau din alte surse ;
- r) monitorizează și controlează respectarea condițiilor de încheiere a contractelor între asiguratorii de sănătate și furnizori;
- s) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

Art. 181

Pentru solicitarea de studii, date și informări care nu sunt legate de drepturile și obligațiile asiguratului sau de modul de derulare a relației contractuale de furnizare de servicii dintre asiguratorii de sănătate și furnizori, ANRAOS percepe tarife care constituie venituri la fond. Modalitatea de acordare a datelor și de calcul a acestor tarife se stabilesc prin ordin al președintelui ANRAOS, cu avizul consiliului de administrație al ANRAOS.

Art. 182

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

(2) Funcția de președinte al ANRAOS este asimilată celei de secretar de stat.

Art. 183

Alte structuri de conducere ale ANRAOS:

- a) Consiliul de administrație este alcătuit din 11 membri, după cum urmează: 2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății și câte 1 reprezentant al Ministerului de Finanțe, Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, Ministerului Muncii și Protecției Sociale, asociațiilor de pacienți, patronate, sindicate, câte 1 reprezentant al asiguratorilor publici, respectiv al asiguratorilor privați. Președintele ANRAOS este membru de drept al Consiliului de Administrație și Președintele Consiliului de administrație; atribuțiile Consiliului de administrație și structura de organizare a ANRAOS sunt stabilite pe baza statutului propriu aprobat prin hotărâre a guvernului.
- b) Directorul general.
 - 1. Salariul și celelalte drepturi de personal ale directorului general se stabilesc la nivelul corespunzător prevăzut de lege pentru funcția de secretar general din minister.
 - 2. Ocuparea postului de director general se face prin concurs pe o perioadă de 4 ani și se numește prin ordin al președintelui ANAS.

Art. 184

Persoanele care fac parte din structurile de conducere ale ANRAOS trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele condiții:

- a) să fie cetățeni români și să aibă domiciliul pe teritoriul României;
- b) să aibă calitatea de asigurat;
- c) să nu aibă cazier judiciar și fiscal;
- d) să fie absolvenți de studii superioare, cu experiență de cel puțin 5 ani în domeniul de specialitate relevant funcției.

Art. 185

Membrii consiliului de administrație au obligația de a depune o declarație de avere și o declarație de interese cu privire la incompatibilitățile prevăzute de lege, în termen de 15 zile de la numirea în Consiliul de administrație al ANRAOS. Declarația de interese va fi actualizată ori de câte ori intervin modificări. Actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data modificării respective. Declarațiile se vor afișa pe portalul de internet (website) propriu al ANRAOS. Modelul declarației de interese se aprobă prin ordin al președintelui ANRAOS.

Art. 186

Pe timpul executării mandatului, președintele nu poate exercita nici o altă funcție sau demnitate publică, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior.

Art. 187

Membrii Consiliului de administrație al ANRAOS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai ANRAOS, cu excepția președintelui. Membrii Consiliului de administrație al ANRAOS nu pot exercita activități la persoane juridice care se află în relații contractuale cu ANRAOS sau cu asiguratorii de sănătate.

Art. 188

Constituie conflict de interese deținerea de către membrii Consiliului de administrație al ANRAOS de părți sociale, acțiuni sau interese la furnizori care stabilesc relații contractuale cu asiguratorii de sănătate, precum și la orice asigurator de sănătate. Această dispoziție se aplică și în cazul în care astfel de părți sociale, acțiuni sau interese sunt deținute de către soț, soție, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

Art. 189

Membrii Consiliului de administrație al ANRAOS care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație, nu pot participa la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

Art. 190

Prevederile Art. 179, 0, Art. 181, Art. 183 se aplică și directorului general precum și tuturor persoanelor cu funcție de conducere din cadrul ANRAOS.

Art. 191

- a) Președintele ANRAOS are următoarele atribuții principale:

- b) exercită atribuțiile prevăzute de lege, în calitate de ordonator principal de credite, pentru administrarea și gestionarea fondului;
- c) organizează și coordonează activitatea de audit și control al asiguratorilor inclusiv prin verificări încrucișate la nivelul furnizorilor serviciilor de sănătate;
- d) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul ANRAOS în condițiile legii;
- e) reprezintă ANRAOS în relațiile cu terții;
- f) aprobă normele, regulamentele și procedurile administrative specifice îndeplinirii atribuțiilor ANRAOS;
- g) analizează periodic activitatea ANRAOS și a asiguratorilor de sănătate, modul de realizare a obiectivelor și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității acestora, conform actelor normative în materie;
- h) alte atribuții stabilite prin Statutul ANRAOS.

(2) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, precum și pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație, președintele ANRAOS emite ordine care produc efecte juridice după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate. Ordinele cu caracter normativ, emise în aplicarea legilor sau hotărârilor de guvern, se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 192

Consiliul de administrație al ANRAOS are următoarele atribuții principale:

- a) aprobă planul anual de activitate pentru îndeplinirea prevederilor programului de asigurări obligatorii de sănătate;
- b) avizează statutul propriu al ANRAOS, care se aprobă prin hotărâre a guvernului;
- c) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare;
- d) aprobă proiectul bugetului fondului și îl supune aprobării ordonatorului principal de credite, în condițiile legii;
- e) aprobă programul de investiții;
- f) avizează, în condițiile legii, repartizarea pe asigurator a bugetului fondului;
- g) avizează încheierea de convenții de cooperare și finanțare de programe cu organisme internaționale în domeniu;
- h) avizează semestrial raportul prezentat de președintele ANRAOS privind derularea contractelor încheiate cu asiguratorii;
- i) avizează proiectul acorului-cadru și a normelor sale de aplicare
- j) avizează raportul anual de activitate și contul de execuție al bugetului fondului, prezentate de președinte;
- k) avizează darea de seamă contabilă anuală – bilanțul contabil, pentru anul precedent aferent ANRAOS
- l) avizează organigrama ANRAOS;

m) alte atribuții acordate prin acte normative în vigoare.

Art. 193

Atribuțiile principale ale directorului general al ANRAOS sunt stabilite prin ordin al președintelui ANRAOS, cu aprobarea consiliului de administrație, în condițiile legii.

Art. 194

(1) Personalul ANRAOS este constituit din funcționari publici și personal contractual, în condițiile legii; și nu poate exercita activități la persoane juridice care se află în relații contractuale cu ANRAOS sau la persoane fizice/juridice care se află în relații contractuale cu asiguratorii de sănătate.

(2) Constituie conflict de interese deținerea de către personalul ANRAOS de părți sociale, acțiuni sau interese atât la furnizori care au relații contractuale cu asiguratorii de sănătate, cât și la orice asigurator de sănătate. Această dispoziție se aplică și în cazul în care astfel de părți sociale, acțiuni sau interese sunt deținute de către soț, soție, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.

Art. 195

Realizarea atribuțiilor care revin ANRAOS, potrivit prezentei legi, este supusă controlului Guvernului și Curții de Conturi, potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Secțiunea 6 Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate

Art. 196

Asiguratorii de sănătate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate sunt persoane juridice române, constituite ca societăți de asigurări și societăți mutuale de asigurări de sănătate, autorizate conform legii.

Art. 197

Societățile mutuale de asigurări de sănătate funcționează pe baza următoarelor principii:

- a) sunt societăți nonprofit, autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, care au ca obiectiv principal protejarea și îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor aderenți
- b) pentru realizarea obiectivului principal, societățile mutuale încheie contracte cu ANRAOS și contracte pentru furnizarea de servicii de sănătate pentru membrii aderenți cu furnizori autorizați.
- c) membrii aderenți sunt persoane fizice, asigurați în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, care își exprimă în scris adeziunea la statut și plătesc suma individuală pentru constituirea fondului de rezervă liber vărsat al societății mutuale;

- d) statutul societății mutuale trebuie să prevadă condiții de adeziune pentru membrii aderenți care să nu implice discriminări legată de: vârstă, sex, venituri, stare de sănătate, orientare religioasă, politică sau de altă natură
- e) membrii onorifici sunt persoane fizice sau juridice care contribuie financiar, prin donații, la cheltuielile de administrare ale societății mutuale.

Art. 198

Înființarea societăților mutuale de asigurări de sănătate obligatorii de sanatate:

- a) societățile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate cu sediul în România sunt persoane juridice române;
- b) în vederea desfășurării de activități fără scop patrimonial, una sau mai multe persoane fizice și/sau persoane juridice, denumite în continuare membri fondatori, pot iniția constituirea unei societăți mutuale de asigurări obligatorii de sănătate, cu respectarea dispozițiilor prezentei legi. membrii fondatori pot fi și filiale ale unor societăți de asigurări din alte state, organizate ca persoane juridice române, precum și casele regionale de asigurări de sănătate, înființate conform art. 267, alin. (2)
- c) societățile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate se constituie prin act constitutiv reprezentat de statut, încheiat sub forma unui înscris, sub semnătură privată, semnat de toți membrii fondatori și însoțit de adeziunile a cel puțin 1 milion de membri aderenți. forma autentică a actului constitutiv este obligatorie.
- d) actul constitutiv dobândește dată certă prin depunerea la oficiul registrului comerțului.
- e) statutul se va elabora cu respectarea modelului de statut cadru pentru societățile mutuale de asigurări obligatorii de sănătate, aprobat prin hotărâre a guvernului și va cuprinde cel puțin:
 - 1. datele de identificare ale membrilor fondatori;
 - 2. forma, denumirea și sediul social;
 - 3. obiectul de activitate al societății: protejarea și îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor aderenți;
 - 4. fondul de rezervă liber vărsat minim necesar, cu menționarea sumei individuale pentru fiecare membru aderent, precum și a numărului minim de membri;
 - 5. datele de identificare a primilor membri ai consiliului de administrație, respectiv a primilor membri ai consiliului de supraveghere
 - 6. clauze privind organele de conducere și modul lor de constituire, administrarea, funcționarea și controlul gestiunii societății de către organele statutare.

Art. 199

Pentru obținerea autorizației din partea Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor din România, asiguratorii organizați ca societăți mutuale din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) fondul de rezervă liber vărsat este de minim 10 milioane de lei
- b) numărul de membri aderenți este de minim 1 milion
- c) din studiul de fezabilitate prezentat rezultă că asiguratorul va dispune de marja de solvabilitate legală
- d) asiguratorul prezintă un program de reasigurare satisfăcător pentru activitatea sa de asigurare de sănătate
- e) asiguratorul prezintă calculul riscului de boală pentru membrii aderenți, în funcție de factorii determinanți ai stării de sănătate (mediul de rezidență, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) și profilul de morbiditate al membrilor aderenți, conform unei metodologii elaborate prin ordin al președintelui ANRAOS cu avizul Ministerului Sănătății.
- f) numele asiguratorului nu induce în eroare publicul
- g) asiguratorul va desfășura numai activități în legătură cu asigurarea de sănătate pentru membrii aderenți
- h) în cazul filialei unui asigurator străin constituită ca persoană juridică română acesta trebuie să facă dovada că în țara în care este înregistrat s-a constituit legal și desfășoară o activitate similară cu cea pentru care solicită autorizarea în România.

Art. 200

Pentru încheierea contractului cu ANRAOS, asiguratorii organizați ca societăți mutuale din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții de eligibilitate:

- a) să fie autorizați de CSA
- b) numărul județelor* în care membrii aderenți au domiciliul stabil este de minimum trei
- c) numărul membrilor aderenți din fiecare județ reprezintă o cotă de minim 10% din totalul asiguraților înregistrați oficial în județul respectiv
- d) membrii aderenți cu domiciliul stabil în mediul rural trebuie să reprezinte cel puțin 40% din numărul total al membrilor aderenți
- e) suma individuală pentru constituirea fondului de rezervă liber vărsat al societății mutuale este de maxim 10 lei
- f) asiguratorul prezintă copii ale precontractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale prin care poate să asigure pentru toți membri aderenți serviciile medicale din pachetul de bază (PSSB)
- g) asiguratorul prezintă date cu privire la structura demografică, geografică și de morbiditate declarată a membrilor aderenți,
- h) asiguratorul prezintă calculul riscului de boală pentru membrii aderenți, în funcție de factorii determinanți ai stării de sănătate (mediul de rezidență, profilul

demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) și de profilul de morbiditate al membrilor aderenți, conform prevederilor din acordul cadru

- i) asiguratorul are o structura organizatorică conformă cu cerințele prezentei legi.

* Municipiul București se asimilează unui județ

Art. 201

Pentru încheierea contractului cu ANRAOS, societățile de asigurări trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții de eligibilitate de la art.195 lit. a),f), g),h),i), precum și un număr de minim de 15.000 de asigurați care au încheiat contracte de asigurări de sănătate facultative și care și-au exprimat în scris opțiunea de a primi de la același asigurator și serviciile din PSSB.

Art. 202

Între ANRAOS și asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii eligibili se încheie contracte de tip civil care reglementează condițiile de alocare a sumelor de către ANRAOS și condițiile acordării serviciilor de sănătate, medicamentelor și dispozitivelor medicale din pachetul de bază pentru asigurați.

Art. 203

Asiguratorii de sănătate și furnizorii de servicii de sănătate din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate au obligația să utilizeze Platforma Informatică de Asigurări de Sănătate iar în situația în care utilizează alte aplicații informatice, acestea trebuie să fie compatibile cu PIAS.

Art. 204

Asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii încheie contracte de tip civil, după caz, cu furnizorii de servicii de sănătate. Condițiile minime privind modalitatea de acordare a serviciilor de sănătate, medicamentelor și dispozitivelor medicale din pachetul de bază și modalitatea de decontare a acestora se stabilesc prin Acordul cadru, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Art. 205

Asiguratorii de sănătate pentru asigurările obligatorii încheie contracte de tip civil, după caz cu asigurații, părinții sau cu aparținătorii/reprezentanții legali ai acestora privind condițiile de acordare a pachetului de servicii de sănătate de bază; modelul contractului de asigurare între asiguratorii de sănătate și asigurați sau reprezentanții legali ai acestora se aprobă prin ordin al președintelui ANRAOS.

Art. 206 .

În cazul urgențelor medico chirurgicale în care pacientul asigurat necesită spitalizare continuă într-o unitate sanitară care nu este în contract cu asiguratorul pe PSSB, pacientul sau însoțitorul acestuia are obligația de a-și anunța asiguratorul de sănătate. Asiguratorul de sănătate

are obligația de a contacta unitatea sanitară în vederea decontării cu aceasta a serviciilor furnizate asiguratului.

Art. 207

Drepturile și obligațiile asigurătorilor de sănătate pentru asigurările obligatorii de sănătate sunt următoarele:

- a) pentru societățile mutuale de asigurări să încheie contracte de asigurări obligatorii de sănătate numai cu asigurații din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România care au semnat adeziunea la statutul societății mutuale de asigurări;
- b) pentru societățile de asigurări autorizate să încheie contracte de asigurări obligatorii de sănătate numai cu asigurații care și-au exprimat opțiunea de a încheia pe lângă contractele de asigurare facultativă și contracte de asigurare obligatorie de sănătate;
- c) să nu rezilieze contractele de asigurări obligatorii de sănătate încheiate cu asigurații. Intermedierea încheierii contractelor de asigurări obligatorii de sănătate se poate face prin intermediari autorizați de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, în conformitate cu normele emise în aplicarea legii 32/2000, cu modificările și completările ulterioare;
- d) să informeze asigurații, în mod nediscriminatoriu și corect asupra beneficiilor și serviciilor acordate în cadrul pachetului de servicii de sănătate de bază oferit, precum și asupra drepturilor și obligațiilor lor;
- e) să contracteze pentru asigurații proprii din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, servicii de sănătate cu furnizorii autorizați și/sau acreditați, după caz;
- f) să furnizeze gratuit informații și asistență în problemele asigurărilor obligatorii de sănătate și ale serviciilor de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii de sănătate;
- g) să monitorizeze numărul și calitatea serviciilor de sănătate furnizate, precum și modul de derulare a contractelor încheiate;
- h) să asigure, în calitate de instituții competente, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate și a altor prestații către cetățenii UE, în condițiile respectivelor documente internaționale;
- i) să întreprindă și să prevadă în contractele cu furnizorii toate măsurile necesare care să asigure un management eficient al pacientului asigurat în ceea ce privește acordarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale, pe baza prevederilor acestei legi;
- j) alte atribuții prevăzute de acte normative din domeniul asigurărilor de sănătate și de reglementări din domeniul sănătății.

Secțiunea 7 Persoanele asigurate în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate

Art. 208

Potrivit prezentei legi, sunt asigurați toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut dreptul de lungă ședere sau au domiciliul în România, care au un contract de asigurare obligatorie de sănătate pentru care plata se face direct sau din alte surse, cu excepția categoriilor de la art.206, în condițiile prezentei legi.

Art. 209

Dovada calității de asigurat se realizează cu cardul național de asigurări obligatorii de sănătate sau, după caz, cu alte documente care se stabilesc prin ordin al președintelui ANRAOS.

Art. 210

Calitatea de asigurat se pierde după 3 luni de neplată a contribuției de asigurări obligatorii de sănătate.

Art. 211

Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuției la asigurările obligatorii de sănătate:

- a) toți copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la vârsta de 18 ani și până la 26 de ani numai dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu până la începerea anului universitar dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;
- b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

Art. 212

Persoanele care nu realizează venituri impozabile și pentru care nu se aplică prevederile Art. 151 lit.n) au obligația de a se asigura achitând contribuția lunară datorată de angajat și contribuția lunară datorată de angajator aplicate la salariul de bază minim brut pe țară, inițial pentru 3 luni și ulterior lunar.

Art. 213

Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de servicii de sănătate și alte prestații acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Art. 214

Următoarele categorii de persoane pot încheia asigurări voluntare de sănătate pentru pachetul de servicii de sănătate de bază:

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;

- b) cetățenii străini și apatrizii care se află temporar în țară, fără a solicita viză de lungă ședere;
- c) cetățenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în țară.

Art. 215

Persoanele care se asigură voluntar în condițiile art.209 sunt obligate, pentru a obține calitatea de asigurat să achite contribuția lunară datorată de angajat și contribuția lunară datorată de angajator aplicate la salariul de bază minim brut pe țară, pentru 3 luni.

Art. 216

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază numai de pachetul minim de servicii de sănătate, stabilit prin acordul cadru și decontat de la bugetul de stat.

Art. 217

Instituțiile competente care gestionează informațiile necesare pentru evidența diferitelor categorii de asigurați au obligația de a comunica aceste date și de a asigura interoperabilitatea aplicațiilor informatice cu Sistemul Informatic Unic Integrat gestionat de ANRAOS.

Secțiunea 8 Coplata**Art. 218**

Coplata - suma fixă care reprezintă plata contribuției bănești a asiguratului pentru a putea beneficia de serviciile de sănătate din pachetul de servicii de sănătate de bază din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate, încasată suplimentar de către furnizor față de suma decontată din fond.

Art. 219

Domeniile de asistență medicală pentru care se stabilește coplata, lista serviciilor de sănătate pentru care se încasează coplata precum și suma fixă care reprezintă această coplată pentru fiecare categorie de serviciu de sănătate se stabilesc prin Acordul Cadru.

Art. 220

Coplata nu face obiectul asigurărilor de sănătate facultative.

Art. 221

Sumele încasate din coplată constituie venituri ale furnizorilor de servicii de sănătate și se utilizează pentru îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate.

Art. 222

Următoarele categorii de asigurați sunt scutite de la coplată, după cum urmează:

- a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii între 18 ani și 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenții, dacă nu realizează venituri din muncă;
- b) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății, pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
- c) pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună.
- d) femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii de sănătate în legătura cu sarcina și lăuzia.

CAPITOLUL III Organizarea sistemului de asigurări facultative de sănătate

Secțiunea 1 Dispoziții generale

Art. 223

Asigurările facultative de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurator constituie un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expuși la producerea riscului de îmbolnăvire, care nu este acoperit de asigurările obligatorii.

Art. 224

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

Art. 225

Sumele reprezentând asigurări facultative de sănătate sunt cheltuieli deductibile la calculul impozitului pe salariu, respectiv impozitului pe profit, după caz.

Asigurările facultative de sănătate pot fi oferite, în condițiile legii, de următoarele categorii de asiguratorii:

- a) Societățile de asigurări, autorizate în condițiile legii.
- b) Societățile mutuale de asigurări, autorizate în condițiile legii.

Art. 227

Asigurările facultative de sănătate se pot contracta pentru servicii de sănătate de tip complementar și suplimentar, astfel:

- a) Pentru serviciile de sănătate de tip complementar se suportă total sau parțial contribuția personală a asiguraților pentru unele servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale din pachetul de servicii de sănătate de bază.
- b) Pentru serviciile de sănătate de tip suplimentar se suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii de sănătate de bază, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii de sănătate specificate în contractul de asigurare facultativă.

Art. 228

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

Secțiunea 2 Contractul de asigurare facultativă de sănătate

Art. 229

În cadrul asigurărilor facultative de sănătate raporturile dintre asigurat și asigurator, precum și drepturile și obligațiile acestora se stabilesc prin voința părților, sub forma pachetelor de servicii și sunt menționate în contractul de asigurare facultativă de sănătate.

Art. 230

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

- a) lista și nivelul de acoperire ale diferențelor nedecontate de asigurările obligatorii de sănătate pentru serviciile din PSSB pentru asigurările facultative de sănătate de tip complementar, în conformitate cu tariful de referință stabilit prin acordul cadru;
- b) lista serviciilor suplimentare asigurate pentru asigurările facultative suplimentare;
- c) lista furnizorilor agreeți;
- d) modalitatea de contactare a acestora, direct sau prin intermediul unui departament de asistență a asiguraților;
- e) drepturile și obligațiile părților,;

- f) modalitățile de decontare a serviciilor de sănătate;
- g) modalitățile de încetare a valabilității contractului;
- h) modalitățile de soluționare a eventualelor litigii.

Art. 231

Asiguratorii sunt obligați ca la încheierea contractului de asigurare facultativă de sănătate să ofere asiguratului toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile rezultând din contract, în vederea protejării intereselor asiguraților.

Art. 232

Asiguratorul poate solicita, la inițierea contractului de asigurare, pe cheltuiala proprie și cu consimțământul pacientului, informații privind starea de sănătate a asiguratului, precum și efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii de sănătate desemnat de acesta.

Art. 233

(1) Informațiile cuprinse în contractul de asigurare facultativă, precum și informațiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidențial și trebuie să respecte dispozițiile Legii nr. 46/21 ianuarie 2003 privind drepturile pacienților și ale Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată, precum și ale Legii 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

(2) Aceste date nu pot fi divulgate unor terți de către asigurătorii care practică asigurări voluntare de sănătate sau de către persoanele fizice/juridice care, prin natura relațiilor de serviciu, cum ar fi controlori, auditori și alte asemenea funcții, intră în posesia informațiilor în cauză, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

Art. 234

Prin contract, asiguratorul care practică asigurări facultative de sănătate de tip suplimentar poate restricționa pentru acest tip de asigurare accesul asiguratului, parțial sau în totalitate, la anumiți furnizori de servicii și poate condiționa utilizarea unor servicii în caz de îmbolnăvire de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice sau de utilizarea unor anumiți furnizori agreeți.

Secțiunea 3 Relația furnizorilor de servicii de sănătate cu asiguratorii de asigurări facultative de sănătate

Art. 235

Toți furnizorii care prestează servicii de sănătate pentru asigurările facultative de sănătate trebuie să fie autorizați de Ministerul Sănătății și/sau structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății, în baza reglementărilor în vigoare. Pentru prestarea serviciilor care intră sub incidența asigurărilor de sănătate de tip complementar, furnizorii de servicii de sănătate trebuie să fie în relație contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate.

Art. 236

Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relație contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, au obligația de a accepta plata diferențelor nedecontate de asigurările obligatorii de sănătate pentru serviciile din PSSB de la asiguratorii pentru asigurații care au încheiat contracte facultative de asigurări de sănătate cu aceștia.

Art. 237

Furnizorii de servicii de sănătate care sunt în relație contractuală cu asiguratorii de sănătate din sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate au dreptul de a încheia contracte și cu asiguratorii autorizați de a presta asigurări facultative de sănătate.

Art. 238

În cazul în care nu există un contract încheiat între asigurator și furnizorii de servicii de sănătate, decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative emise de furnizorul de servicii de sănătate.

Art. 239

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor supraveghează activitatea asiguratorilor autorizați să practice asigurări facultative de sănătate în conformitate cu prevederile legale.

Art. 240

Asiguratorul de sănătate controlează modul în care furnizorii de servicii de sănătate respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligația să permită accesul la evidențele referitoare la serviciile de sănătate prestate în derularea contractului.

Art. 241

Întreaga responsabilitate a actului medical rămâne în seama furnizorilor de servicii de sănătate.

Art. 242

Diferențele survenite între asigurator și furnizorii de servicii de sănătate se soluționează pe cale amiabilă. În cazul imposibilității rezolvării pe cale amiabilă, diferențele sunt supuse

medierii unei comisii formate din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ANRAOS și a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor. În caz de eșec al medierii, diferendele sunt deduse instanțelor judecătorești legal competente.

Art. 243

Diferendele survenite între asigurat și furnizorii de servicii de sănătate se soluționează pe cale amiabilă. În cazul imposibilității rezolvării pe cale amiabilă, diferendele sunt aduse la cunoștință asiguratorului care poate decide demararea procedurii de la articolul precedent.

CAPITOLUL IV Drepturi și obligații asiguraților și furnizorilor în sistemul de asigurări de sănătate

Secțiunea 1 Principalele drepturi și obligații ale asiguraților

Art. 244

Asigurații au următoarele drepturi:

- a) să beneficieze de un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi, stabilit prin acordul-cadru;
- b) să își aleagă în mod informat asiguratorul de sănătate pentru PSSB, dintre cei cu care ANRAOS a încheiat contracte de furnizare de servicii, precum și furnizorii de servicii de sănătate dintre cei cu care asiguratorul de sănătate ales a încheiat contracte de furnizare de servicii, în condițiile prezentei legi și ale acordului-cadru;
- c) să schimbe asiguratorul de sănătate la interval de minimum un an de la data încheierii cu acesta a contractului de asigurare de sănătate, cu excepția situațiilor stabilite prin acordul-cadru; aceasta schimbare se poate face doar în perioada ianuarie - octombrie a fiecărui an calendaristic pentru anul următor; procedura de schimbare a contractului de asigurare de sănătate va fi stabilită prin norme specifice stabilite prin ordin al Președintelui ANRAOS;
- d) să își aleagă și să își schimbe medicul de familie în condițiile stabilite în acordul-cadru;
- e) să beneficieze în mod nediscriminatoriu și justificat din punct de vedere medical, de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale cuprinse în pachetul de servicii de sănătate de bază, în condițiile prezentei legi și ale acordului-cadru;
- f) să aibă acces la controale medicale periodice, servicii de sănătate preventive și de promovare a sănătății, cu scop educativ pentru sănătatea asiguratului și familiei acestuia, evitarea îmbolnăvirilor, depistarea precoce a bolilor, evitarea agravării afecțiunilor existente și recuperare după boală;
- g) să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări de sănătate în condițiile legii, conform prevederilor acordului cadru și a normelor de aplicare a acestuia;
- h) să li se garanteze confidențialitatea privind datele cu caracter personal, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul, conform legilor în vigoare;

- i) să fie informați, de către asiguratorul de sănătate, în mod nediscriminatoriu și corect, asupra beneficiilor și serviciilor acordate în cadrul pachetului de asigurare de sănătate de bază, precum și asupra altor forme de asigurare oferite de asigurator;
- j) să încheie contract de asigurări facultative de sănătate cu un asigurator, ceea ce nu îl exonerează de plata contribuției la asigurările obligatorii de sănătate;
- k) să se implice în înțelegerea și luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare și informare cu furnizorul de servicii de sănătate;
- l) să-și dea consimțământul informat la acele proceduri invazive ale căror riscuri și beneficii li s-au explicat în prealabil de către furnizorii de servicii de sănătate.

Art. 245

Pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la Art. 239 asigurații au următoarele obligații:

- a) să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata;
- b) să opteze pentru un asigurator de sănătate pentru PSSB, în condițiile stabilite prin acordul-cadru;
- c) să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- d) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- e) să se prezinte la controalele profilactice și la cele periodice stabilite prin acordul-cadru și prin contractul cu asiguratorul de sănătate;
- f) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și asiguratorul de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- g) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- h) să aibă o conduită civilizată față de personalul medical;
- i) să prezinte furnizorilor de servicii de sănătate cardul național sau după caz, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat;
- j) să furnizeze toate informațiile necesare pentru diagnosticare;
- k) să fie cooperant în tratament, să se prezinte la examinări periodice ori programate;
- l) să respecte prevederile regulamentelor interne ale unităților sanitare, în condițiile informării primite în accesul în aceste unități.

În cazul în care un asigurat, în baza asigurării sale obligatorii de sănătate, apelează la serviciile unui alt furnizor decât unul dintre cei cu care asiguratorul său de sănătate este în relații contractuale, asiguratul are dreptul la plata de către asigurator a cheltuielilor realizate în legătură cu serviciile de sănătate de care beneficiază conform acordului-cadru, cu condiția acordului prealabil al asiguratorului sau în baza clauzelor contractului de asigurare.

Secțiunea 2 Principalele drepturi și obligații ale furnizorilor de servicii de sănătate

Art. 247

Furnizorii de servicii de sănătate au următoarele drepturi:

- a) să încheie contracte cu asiguratorii de sănătate în condițiile prezentei legi și ale acordului-cadru;
- b) să fie informați de către asiguratorul de sănătate asupra motivului pentru care nu au fost selectați pentru încheierea contractului, în termen de 30 de zile de la transmiterea unei oferte;
- c) să li se deconteze contravaloarea serviciilor de sănătate, medicamentelor și dispozitivelor medicale acordate în baza contractelor încheiate cu asiguratorii, în termenele și condițiile contractelor încheiate;
- d) să încheie contracte de furnizare de servicii cu unul sau mai mulți asiguratorii.

Art. 248

Furnizorii de servicii de sănătate au următoarele obligații:

- a) să pună la dispoziția asiguratorilor de sănătate și ANRAOS documentele justificative medicale cu privire la tipul serviciilor acordate și calitatea acestora;
- b) să respecte drepturile asiguraților;
- c) să aibă o conduită civilizată față de asigurați;
- d) să utilizeze platforma informațională de asigurări de sănătate;
- e) să utilizeze documentele și formularele electronice sau pe suport de hârtie utilizate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate;
- f) să acorde servicii de sănătate decontate din fond numai la prezentarea cardului național sau a altor documente justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile prezentei legi;
- g) să acorde servicii de sănătate în conformitate cu ghidurile clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății, cu protocoalele terapeutice elaborate de fiecare furnizor pe baza ghidurilor clinice și aprobate de asigurator, precum și cu traseele clinice ale pacientului elaborate de către asiguratorii de sănătate cu care au contract;
- h) să implice și pacienții și/sau aparținătorii acestora, după caz, în luarea deciziilor terapeutice, în cadrul procesului de comunicare și informare a acestora, inclusiv să

obțină consimțământul informat al pacienților pentru efectuarea de tratamente și proceduri invazive sau cu grad crescut de risc terapeutic;

CAPITOLUL V Asistența medicală transfrontalieră în sistemul de asigurări de sănătate

Art. 249

Prezentul capitol stabilește norme pentru facilitarea accesului la asistență medicală transfrontalieră.

Art. 250

(1) Asistența medicală transfrontalieră se acordă în conformitate cu prevederile Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și cu Regulamentul (CE) nr. 987/2009; documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, precum și cu dispozițiile prezentului capitol.

Art. 251

Prezentele norme nu se aplică:

- a) serviciilor în domeniul îngrijirii pe termen lung al căror scop este asistența acordată persoanelor care au nevoie de ajutor pentru îndeplinirea sarcinilor zilnice, de rutină;
- b) alocării de organe și accesului la organe în scopul transplantului de organe;
- c) programelor de vaccinare a populației împotriva bolilor infecțioase, care sunt exclusiv menite să protejeze sănătatea populației pe teritoriul României și care fac obiectul unor măsuri specifice de planificare și implementare.

Art. 252

În sensul prezentului capitol următorii termeni se definesc astfel:

- a) asistență medicală - înseamnă servicii de sănătate furnizate pacienților de către cadrele medicale pentru evaluarea, menținerea sau refacerea stării lor de sănătate, inclusiv prescrierea, eliberarea și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale;
- b) stat membru de afiliere - înseamnă:
 - 1. în cazul persoanelor asigurate, statul membru care are competența să acorde persoanei asigurate o autorizare prealabilă pentru a primi tratament adecvat în afara statului membru de reședință;
 - 2. în cazul resortisanții unei țări terțe care satisfac condițiile statului membru pentru dreptul la prestații, statul membru care are competența să acorde persoanei asigurate o autorizare prealabilă pentru a primi tratament adecvat în alt stat membru. Dacă niciun stat membru nu are competență în conformitate cu respectivele regulamente, statul membru de afiliere este statul membru în care

persoana este asigurată sau în care are dreptul la prestații în caz de boală în conformitate cu legislația statului membru respectiv;

- c) stat membru în care se efectuează tratamentul - înseamnă statul membru pe teritoriul căruia i se acordă pacientului asistența medicală. În cazul telemedicinii, asistența medicală este considerată a fi furnizată în statul membru în care este stabilit furnizorul de servicii medicale;
- d) asistență medicală transfrontalieră - înseamnă asistența medicală furnizată sau prescrisă într-un alt stat membru decât statul membru de afiliere;
- e) cadru medical - înseamnă orice doctor în medicină, asistent medical generalist, medic dentist, moașă sau farmacist în sensul Directivei 2005/36/CE sau orice altă persoană care exercită activități în domeniul asistenței medicale restrânse la o profesie reglementată, astfel cum este definită la articolul 3 alineatul (1) litera (a) din Directiva 2005/36/CE, sau o persoană considerată cadru medical conform prezentei legi;
- f) furnizor de servicii medicale - înseamnă orice persoană fizică sau juridică sau orice altă entitate care furnizează în mod legal asistență medicală pe teritoriul unui stat membru;
- g) pacient - înseamnă orice persoană fizică care solicită să primească sau primește asistență medicală într-un stat membru;
- h) medicament - reprezintă un medicament astfel cum este definit de Legea nr.95/2006;
- i) dispozitiv medical - înseamnă un dispozitiv medical astfel cum este definit la art.131 lit.y
- j) prescripție - înseamnă o prescripție pentru un medicament sau pentru un dispozitiv medical eliberată de o persoană calificată într-o profesie medicală reglementată în sensul articolului 3 alineatul (1) litera (a) din Directiva 2005/36/CE care are dreptul din punct de vedere juridic să facă acest lucru în statul membru în care este eliberată prescripția;
- k) tehnologie medicală - înseamnă un medicament, un dispozitiv medical sau proceduri medicale și chirurgicale, precum și măsuri pentru prevenirea, diagnosticarea sau tratamentul bolilor, utilizate în domeniul asistenței medicale;
- l) fișe medicale - înseamnă ansamblul de documente conținând date, evaluări și informații de orice natură privind situația și evoluția clinică a unui pacient de-a lungul tratamentului.

Art. 253

Pentru persoanele asigurate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România, aflate pe teritoriul unui alt Stat Membru, costurile asistenței medicale transfrontaliere acordată în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și cu Regulamentul (CE) nr. 987/2009 vor fi rambursate de către asiguratori conform acordului cadru.

Art. 254

Persoanele asigurate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de servicii de sănătate pe teritoriul acestor state, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte este efectuată de asiguratorii de sănătate conform reglementărilor în vigoare.

Art. 255

Pentru asistenta medicala transfrontaliera care este acordata in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și cu Regulamentul (CE) nr. 987/2009, sau in baza documentelor internationale la care Romania este parte, costurile sunt rambursate de catre asiguratorii până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul Romaniei, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite.

Art. 256

Pentru asiguratii unui stat membru care beneficiaza de asistenta medicala pe teritoriul Romaniei, ANRAOS se asigură că furnizorii de servicii medicale pun la dispoziție informații pertinente pentru a ajuta pacienții individuali să ia o decizie în cunoștință de cauză, inclusiv în ceea ce privește opțiunile de tratament, disponibilitatea, calitatea și siguranța asistenței medicale pe care o furnizează; furnizorii de servicii medicale pun de asemenea la dispoziție facturi clare și informații clare privind prețurile, precum și privind autorizarea sau înregistrarea acestora, asigurarea acestora sau privind alte mijloace de protecție personală sau colectivă cu privire la răspunderea profesională.

Art. 257

Metodologia de efectuare a rambursarilor se stabilește prin Acordul Cadru.

Art. 258

ANRAOS se asigură că furnizorii de servicii de sănătate de pe teritoriul României aplică pacienților din alte state membre aceeași gamă de onorarii pentru asistența medicală care se plătesc în cazul pacienților autohtoni aflați într-o situație medicală comparabilă sau că cer un preț calculat în conformitate cu criterii obiective și nediscriminatorii, dacă nu există prețuri comparabile pentru pacienții autohtoni.

Art. 259

Se desemneaza ANRAOS punctul national de contact pentru asistența medicală transfrontalieră.

Art. 260

In aplicarea prezentelor norme ANRAOS are urmatoarele atributii:

- a) se consultă cu organizațiile de pacienți, furnizorii de servicii medicale și asiguratorii de sănătate.

- b) facilitează schimbul de informații menționat la art.251
- c) colaborează cu punctele naționale de contact desemnate de celelalte state membre și cu Comisia.
- d) furnizează pacienților, la cerere, datele de contact ale punctelor naționale de contact din alte state membre.
- e) furnizează pacienților care vor să beneficieze de asistența medicală în România, informații privind furnizorii de servicii medicale, inclusiv informații la cerere privind un drept specific al furnizorilor de a presta servicii sau orice restricții privind desfășurarea activității lor profesionale, informații legislația incidentă, precum și informații privind drepturile pacienților, procedurile referitoare la plângeri și mecanismele pentru repararea daunelor, în conformitate cu legislația statului membru respectiv, precum și opțiunile juridice și administrative disponibile pentru soluționarea litigiilor, inclusiv în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale transfrontaliere.

Art. 261

(1) Asiguratorii de sănătate instituie un sistem de autorizare prealabilă pentru rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere.

(2) Sistemul de autorizare prealabilă, inclusiv criteriile și aplicarea acestor criterii, precum și deciziile individuale de a refuza acordarea autorizației prealabile, se limitează la ceea ce este necesar și proporțional cu obiectivul care trebuie atins și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților.

(3) Sistemul de autorizare prealabilă se stabilește prin Acordul Cadru.

Art. 262

Asistența medicală care poate face obiectul autorizării prealabile se limitează la asistență medicală care:

- a) face obiectul unor cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane și:
 - 1. presupune internarea în spital a pacientului în cauză pentru cel puțin o noapte; sau
 - 2. necesită utilizarea unei infrastructuri sau a unui echipament medical foarte specializat și costisitor;
- b) implică tratamente care prezintă un risc deosebit pentru pacient sau pentru populație; sau
- c) este furnizată de un furnizor de servicii medicale care, de la caz la caz, ar putea genera preocupări serioase și specifice legate de calitatea sau siguranța îngrijirii, cu excepția asistenței medicale supusă legislației Uniunii care asigură un nivel minim de siguranță și calitate în Uniune.

Art. 263

Categoriile stabilite la art.257 se vor defini prin normele metodologice la Acordul Cadru. Ministerul Sănătății notifică Comisiei Europene categoriile de asistență medicală menționate la litera art.257.

Art. 264

În ceea ce privește cererile de autorizare prealabilă depuse de o persoană asigurată pentru a beneficia de asistență medicală transfrontalieră, asiguratorii de sănătate verifică dacă au fost îndeplinite condițiile prevăzute de Regulamentul (CE) nr. 883/2004. În cazul îndeplinirii condițiilor, autorizarea prealabilă este acordată în temeiul regulamentului respectiv, cu excepția situației în care pacientul solicită contrariul.

Art. 265

Asiguratorul de sănătate nu poate refuza să acorde autorizare prealabilă dacă pacientul are dreptul la asistența medicală respectivă și dacă această asistență medicală nu poate fi acordată pe teritoriul său într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, pe baza unei evaluări medicale obiective a stării de sănătate a pacientului, a istoricului și a evoluției probabile a bolii pacientului, a intensității durerii pacientului sau a naturii handicapului pacientului în momentul în care a fost introdusă sau reînnoită cererea de autorizare.

Art. 266

Persoanele asigurate în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de servicii de sănătate pe teritoriul acestor state, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Art. 267

Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte este efectuată de asiguratorii de sănătate conform reglementărilor în vigoare.

Art. 268

Pentru efectuarea operațiunilor prevăzute la art.243 ANRAOS poate deschide conturi la o instituție bancară în care asiguratorii de sănătate vor vira sumele reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea serviciilor de sănătate și a altor prestații persoanelor menționate la art.243, în condițiile documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte. Metodologia de efectuare a acestor plăți se stabilește prin ordin al președintelui ANRAOS, cu avizul Ministerului Sănătății și al Ministerului Finanțelor Publice.

CAPITOLUL VI Controlul**Art. 269**

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

(2) Sumele constatate, ca fiind plătite necuvenit, urmare a controalelor efectuate conform alin.(1), se recuperează de la furnizorii de servicii în termenul general de prescripție de 3 ani, pe cale amiabilă sau în baza titlului executoriu.

(3) Sumele plătite necuvenit ca urmare a nerespectării unor obligații contractuale din culpa furnizorilor de servicii menționați la alin.(2) se recuperează de la aceștia de la data primei plăți a sumelor, plus dobânzile aferente, până la data recuperării integrale a prejudiciului.

(4) Dobânda reprezintă daune interese datorată și se calculează conform dispozițiilor legale. Dobânda se face venit la bugetul asiguratorului.

Art. 270

Furnizorii de servicii de sănătate au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale asigurătorilor de sănătate documentele justificative medicale și financiar contabile conform contractului dintre părți.

Art. 271

Controlul asupra activității asigurătorilor de sănătate este exercitat de către CSA, ANRAOS, Curtea de Conturi și de către alte instituții abilitate, potrivit normelor legale .

CAPITOLUL VII Răspunderi și sancțiuni *

Secțiunea 1 Sancțiuni

Secțiunea 2 Infrațiuni

Secțiunea 3 Contravenții

(1) * acest capitol se va elabora după definitivarea textului prezentului proiect de lege.

CAPITOLUL VIII Dispoziții finale

Art. 272

(1) CSA va emite în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi precizări privind criteriile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii înregistrați la sau autorizați de către CSA și care vor dori să intermedieze încheierea contractelor de asigurare de sănătate,

precum și modalitățile și nivelul de plată a comisioanelor aferente asigurării obligatorii de sănătate.

(2) Casele județene de asigurări de sănătate, a municipiului București, respectiv CASAOPSNAJ și Casa MTCT se reorganizează în case de asigurări de sănătate regionale, până la data de 31.12.2013. Modalitatea de reorganizare se stabilește prin hotărâre de guvern.

(3) Casele regionale de asigurări de sănătate se pot reorganiza, ca membru fondator, în societăți mutuale de asigurări de sănătate, până la 31.12.2014,

(4) Personalul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate din subordine poate fi preluat de către ANRAOS în noua formă de organizare și, respectiv, de către societățile mutuale de asigurări de sănătate din cadrul sistemului nou format.

(5) Patrimoniul caselor județene de asigurări de sănătate, a municipiului București, respectiv CASAOPSNAJ și Casa MTCT va fi preluat de către ANRAOS sau de către societățile mutuale de asigurări de sănătate rezultate prin reorganizarea acestor case, în condițiile stabilite prin Hotărâre a Guvernului.

(6) Comisia de Supraveghere a Asigurărilor prin departamentul special de coordonare a activității de asigurări de sănătate, va reglementa și supraveghea solvabilitatea societăților de asigurare care vor contracta asigurări de sănătate conform Directivei Solvency II.

(7) Până la data implementării prezentului Titlu, rămân în vigoare dispozițiile Titlului VIII și X din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

(8) Normele metodologice la prezentul titlu se aprobă prin hotărâre de guvern, în termen de 90 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României a prezentei legi.

TITLUL VIII CARDUL EUROPEAN ȘI CARDUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE

Art. 273

(1) Asigurații din sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, beneficiari ai PSSB, au dreptul de a beneficia la cerere de cardul european de asigurări obligatorii de sănătate, denumit în continuare card european.

(2) Cardul european conferă asiguratului dreptul de a beneficia de asistența medicală necesară în cursul unei șederi temporare într-un stat membru al Uniunii Europene, altul decât România.

(3) Costul cardului european se suportă de către asiguratorii pentru asigurații proprii care beneficiază de servicii incluse în PSSB

(4) Cardul european nu vizează asistența medicală în situațiile în care scopul șederii este obținerea de tratament medical.

(5) Cardul european se eliberează asiguraților de către asiguratorul cu care aceștia au încheiat contract pentru asigurarea obligatorie de sănătate.

(6) Modalitățile de eliberarea a cardului european precum și drepturile pe care acesta le conferă deținătorului legal împreună cu responsabilitățile instituțiilor implicate în acest proces se stabilesc prin norme metodologice aprobate prin Hotărâre a Guvernului.

Art. 274

Cardul european conține următorul set obligatoriu de informații vizibile:

- a) numele și prenumele asiguratului;
- b) codul numeric personal al asiguratului;
- c) data nașterii asiguratului;
- d) data expirării cardului european;
- e) codul Organizației Internaționale pentru Standardizare pentru statul membru emitent al cardului european;
- f) numărul de identificare și acronimul asiguratorului care emite cardul european;
- g) numărul cardului european.

Art. 275

(1) Cardul european este un card individual, eliberat pe numele asiguratului.

(2) Perioada de valabilitate a cardului european este stabilită astfel încât să acopere perioada de timp necesară șederii temporare, dar nu poate depăși 3 luni de la data emiterii. Excepțiile de la aceste prevederi legale se stabilesc prin Normele metodologice.

(3) În cazul în care circumstanțe excepționale împiedică eliberarea cardului european, asiguratorul va elibera un certificat înlocuitor provizoriu. Persoana asigurată sau instituția

competentă din statul de ședere poate solicita certificatul înlocuitor provizoriu. Modelul certificatului provizoriu se aprobă prin Normele metodologice.

Art. 276

(1) Cardul european conferă dreptul pentru asigurat de a beneficia de asistența medicală necesară în cursul unei șederi temporare într-un stat membru al Uniunii Europene.

(2) Cheltuielile ocazionate de asistența medicală prevăzută la alin. (1) vor fi rambursate de asigurator pentru asigurații proprii beneficiari ai PSSB, prin ANRAOS.

(3) Asiguratorul nu poate refuza rambursarea costului asistenței medicale prevăzută la alin. (1) pe motive că persoana în cauză nu mai este asigurată, sub rezerva ca asistența medicală să fi fost furnizată asiguratului în perioada de valabilitate a cardului european.

(4) Persoanele asigurate în unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, posesoare ale unui card european, vor beneficia de serviciile de sănătate din PSSB, ca și asigurații români.

(5) Din sumele repartizate de ANRAOS, asiguratorii prevăd în bugetele proprii sume distincte pentru operațiunile de rambursare prevăzute la alin. (2).

Art. 277

(1) Cardul național de asigurări obligatorii de sănătate este un card electronic, distinct de cardul european, denumit în continuare card național.

(2) Cardul național se emite pentru dovedirea calității de asigurat, pentru a beneficia de serviciile prevăzute în PSSB.

(3) Cardul național de asigurări obligatorii de sănătate poate fi utilizat numai pe teritoriul României.

(4) Cardului național de asigurări obligatorii de sănătate, prin componenta sa informatică, este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor obligatorii de sănătate.

(5) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național, respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat se suportă de la bugetul de stat.

(6) Cheltuielile necesare pentru managementul soluțiilor informatice pentru administrarea cardului național se suportă de ANRAOS din bugetul Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate.

(7) Producerea cardului național se realizează de către Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A.

(8) Pentru plata și distribuția cardului național se încheie un contract de Ministerul Sănătății și ANRAOS cu Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A.

(9) Distribuția cardului național către asigurați se realizează de asiguratorii prin furnizorii de servicii de sănătate din asistența medicală primară, respectiv medicii de familie cu care aceștia au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale.

(10) Informațiile care pot fi accesate de pe cardul național de asigurări, caracteristicile tehnice ale cardului național, modalitățile de eliberare și implementare ale acestuia, precum și responsabilitățile instituțiilor implicate se stabilesc prin Norme metodologice, aprobate prin hotărâre de Guvern

Art. 278

(1) Cardul național se eliberează și se administrează prin utilizarea serviciilor de operare și management al unei unități specializate în acest scop prin PIAS. ANRAOS are calitatea de operator de date cu caracter personal pentru datele menționate în cardul național de asigurări obligatorii de sănătate.

(2) Prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în cardul național de asigurări sociale de sănătate se face în condițiile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, iar prin Normele metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național va fi stabilită modalitatea de exercitare a dreptului de acces la datele cu caracter personal legate de starea de sănătate de către persoana asigurată.

Art. 279

(1) Personalizarea cardului național se realizează de către Centrul Național Unic de Personalizare a Pașapoartelor Electronice din cadrul Direcției Generale de Pașapoarte, structură componentă a Ministerului Administrației și Internelor.

(2) Echipamentele și aplicațiile de personalizare necesare potrivit alin. (1), precum și serviciile pentru funcționarea neîntreruptă a acestora se asigură de către Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A. și ANRAOS.

TITLUL IX MANAGEMENTUL CALITĂȚII ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 280

(1) Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală, cu rol de elaborare a politicilor de sănătate, reglementare și control, garantează calitatea în sănătate, asigurând dezvoltarea de standarde bazate pe cele mai bune practici și pe evidențe, aprobând ghidurile clinice, sprijinind implementarea de protocoale terapeutice la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate, asigurând cadrul legal pentru educația medicală continuă a personalului din sistem, evaluând continuu calitatea și asigurând organizarea și funcționarea unui sistem informațional adecvat.

(2) Ministerul Sănătății elaborează și supune aprobării Guvernului Strategia Națională pentru Asigurarea Calității în Sănătate și Strategia Națională Informatică pentru Sănătate.

(3) Furnizorii de servicii de sănătate sunt responsabili de calitatea serviciilor de sănătate prestate și de transmiterea de informații corecte și complete necesare evaluării acestora.

CAPITOLUL II Sistemul de asigurare a calității în sistemul de sănătate

Art. 281

Sistemul de asigurare a calității în sistemul de sănătate are rolul de a menține și crește continuu calitatea serviciilor de sănătate și satisfacția pacientului legată de aceasta, și de a eficientiza cheltuirea fondurilor în sistemul de sănătate.

Art. 282

Sistemul de asigurare a calității în sănătate asigură dezvoltarea, implementarea și evaluarea mecanismelor de stimulare a calității serviciilor de sănătate prin culegerea și prelucrarea de informații legate de calitatea furnizării serviciilor și prin monitorizarea și cercetarea continuă a calității serviciilor de sănătate.

Art. 283

Sistemul de asigurare a calității în sistemul de sănătate este coordonat de către Agenția Națională pentru Managementul Calității în Sănătate denumită în continuare ANMCS și funcționează în baza strategiei naționale pentru asigurarea calității serviciilor de sănătate și a strategiei naționale informatice în sănătate.

CAPITOLUL III Agenția Națională pentru Managementul Calității în Sănătate (ANMCS)

Art. 284

(1) ANMCS se înființează, prin reorganizarea Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor (CoNAS), care se desființează.

(2) ANMCS este instituție publică autonomă, cu personalitate juridică, finanțată integral din venituri proprii, aflată în coordonarea Ministerului Sănătății.

(3) ANMCS are sediul în municipiul București, Bd. Kiseleff nr.55, vila 9, Sector 1, București.

Art. 285

(1) ANMCS preia de la CONAS personalul și patrimoniul aferent activităților menționate în prezenta lege.

(2) Patrimoniul se preia în baza protocoalelor de predare-primire întocmite în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu, inclusiv disponibilitățile care se preiau din conturile CONAS, aferente activității preluate de ANMCS.

(3) ANMCS preia toate drepturile și este ținută de toate obligațiile CONAS, potrivit reglementărilor legale și contractuale.

(4) Regulamentul de organizare și funcționare, statutul, statul de funcții și structura de personal ale ANMCS se aprobă de către Consiliul director al ANMCS, cu avizul Ministerului Sănătății, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.

(5) ANMCS administrează bunuri proprietate publică și privată a statului, precum și alte bunuri dobândite în condițiile legii.

(6) Bunurile proprietate publică aflate în administrarea ANMCS, precum și cele dobândite din fonduri publice se evidențiază distinct în patrimoniul acesteia.

(7) În exercitarea drepturilor sale, ANMCS deține și folosește bunurile aflate în patrimoniul său și, după caz, dispune de acestea, în condițiile legii, în scopul realizării obiectelor sale de activitate, și beneficiază de rezultatele utilizării acestora.

Art. 286

(1) Conducerea ANMCS este asigurată de către Consiliul Director format din 7 experți desemnați astfel: 2 de către Președinția României, 2 de către Ministerul Sănătății, și câte unul de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

(2) Aceștia aleg prin vot secret un președinte cu un mandat de 5 ani;

(3) Președintele Consiliului Director are și rol de director general și este ordonator de credite pentru ANMCS.

Art. 287

(1) ANMCS are în componență următoarele structuri fără personalitate juridică: .

- a) Centrul de Standarde și Norme pentru Serviciile de Sănătate - structură cu expertiză și responsabilități în domeniul elaborării, promovării, sprijinirii implementării și monitorizării aplicării ghidurilor de bună practică în domeniul clinic și al managementului serviciilor
- b) Comisia de Acreditare a Spitalelor - structură cu expertiză și responsabilități în elaborarea standardelor și coordonarea evaluării standardizate a calității serviciilor furnizate în spitale
- c) Comisia de Evaluare și Certificare a Cabinetelor Medicale - structură cu expertiză și responsabilități în elaborarea standardelor, coordonarea evaluării standardizate și certificarea calității serviciilor furnizate în cabinetele medicale, precum și în acreditarea cabinetelor medicale în care se desfășoară activități de formare și educare a rezidenților
- d) Comisia de Evaluare a Practicii Profesionale în Domeniul Serviciilor de Sănătate – structură cu expertiză și responsabilități în elaborarea standardelor și coordonarea evaluării standardizate a activității profesionale a personalului de specialitate din domeniul asistenței medicale
- e) Departamentul de evaluare a tehnologiilor în sănătate – structură cu expertiză și responsabilități în evaluarea medicamentelor, tehnologiilor și dispozitivelor medicale din punct de vedere calitativ, al impactului în mediul economico - social

(2) ANMCS poate colabora cu grupuri de experți naționali sau internaționali care să lucreze pe timp limitat, pe proiecte specifice.

(3) Regulamentul de organizare și funcționare al ANMCS, precum și organigrama instituției sunt elaborate de către Consiliul Director și aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii.

Art. 288

Scopul activității ANMCS constă în:

- a) Sprijinirea instituțiilor centrale de sănătate publică în fundamentarea deciziilor privind finanțarea din fonduri publice a produselor și serviciilor medicale
- b) Promovarea bunelor practici și buna utilizare a serviciilor și produselor medicale, atât în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății, cât și în rândul beneficiarilor serviciilor de sănătate
- c) Evaluarea în vederea îmbunătățirii calității asistenței medicale și de îngrijire acordate în unități medicale spitalicești și în cabinete medicale
- d) Informarea profesioniștilor din domeniul sănătății precum și a publicului larg referitor la calitatea serviciilor de sănătate

- e) Colaborarea cu principalii factori implicați în sistemul de sănătate din România și cu organisme cu atribuții similare din străinătate, în vederea îndeplinirii obiectivelor sale.

Art. 289

Principalele obiective de activitate ale ANMCS sunt:

- a) asigurarea condițiilor necesare pentru ca serviciile oferite în sistemul de sănătate să se bazeze pe standarde naționale și, după caz, internaționale agreate atât la nivel clinic cât și la nivel managerial;
- b) evaluarea modului în care serviciile de sănătate sunt administrate și oferite beneficiarilor de către furnizori, pentru a se asigura obținerea celor mai bune rezultate cu resursele existente;
- c) sprijinirea implementării strategiilor Ministerului Sănătății pentru asigurarea calității prin culegerea de informații, realizarea de studii și activități de formare a personalului din sistemul de sănătate.
- d) dezvoltarea sistemului de acreditare a instituțiilor medicale și de evaluare standardizată a activității profesionale a personalului de specialitate, împreună cu Ministerul Sănătății, ANRAOS și asociațiile profesionale din domeniu.

Art. 290

ANMCS are următoarele responsabilități:

- a) colectarea, analiza și diseminarea datelor statistice din sistemul de sănătate, precum și prelucrarea datelor și transmiterea rezultatelor cu privire la aceste date instituțiilor publice și furnizorilor analizați;
- b) promovarea și implementarea de programe structurate și integrate de asigurare a calității;
- c) evaluarea și raportarea anuală a indicatorilor de calitate ai serviciilor medicale, către Ministerul Sănătății, în primul trimestru al anului următor;
- d) acreditarea spitalelor din România și evaluarea furnizorilor din asistența medicală ambulatorie;
- e) participarea la dezvoltarea și implementarea sistemului informațional în sănătate.
- f) evaluarea furnizorilor din asistența medicală primară și acreditarea acestora care derulează activități de educare și formare a rezidenților în specialitatea medicină de familie.
- g) evaluarea practicii profesionale în domeniul asistenței medicale

Art. 291

În vederea îndeplinirii responsabilităților sale ANMCS are următoarele atribuții principale:

- a) dezvoltarea, diseminarea și monitorizarea standardelor agreate precum și a ghidurilor clinice/modelelor de bună practică ca bază pentru dezvoltarea

protocoalelor terapeutice, în colaborare cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și cu asociațiile profesionale din domeniu;

- b) dezvoltarea criteriilor privind procesele de acreditare a furnizorilor de servicii de sănătate și de evaluarea practicii profesionale a personalului;
- c) promovarea programului de evaluare a impactului politicilor altor sectoare asupra sănătății, în conformitate cu metodologia și recomandările OMS și UE;
- d) promovarea și consilierea asupra inițiativelor naționale în domeniul siguranței pacientului;
- e) dezvoltarea de programe de evaluare a serviciilor de sănătate, pe domenii de îngrijiri, pe tipuri de patologii sau pe sectoare de îngrijire; evaluările pot fi efectuate la nivel național, dar și teritorial și pot fi legate de dezvoltarea standardelor de calitate pentru diferitele servicii, acoperind orice aspect al performanței, inclusiv aspectele legate de managementul clinic;
- f) elaborarea, în vederea informării Ministerului Sănătății, de rapoarte privind acreditarea spitalelor și evaluarea cabinetelor medicale, în conformitate cu atribuțiile stabilite prin ordine ale Ministerului Sănătății;
- g) elaborarea și publicarea periodică a unui raport național de evaluare a performanței pentru fiecare domeniu de servicii examinat, în conformitate cu standardele naționale specificate, care detaliază în mod clar dacă standardele cerute au fost îndeplinite, neîndeplinite sau depășite și măsura în care serviciile furnizate au condus la o îmbunătățire reală a stării de sănătate pentru pacient;
- h) încurajarea și promovarea dezvoltării standardelor de calitate.

CAPITOLUL IV Sistemul informațional care stă la baza asigurării calității în sănătate

Art. 292

Pentru buna funcționare a sistemului de asigurare a calității în sănătate se vor asigura:

- a) accesul rapid la informații de calitate privind sănătatea, serviciile de sănătate și sociale atât pentru publicul larg, pacienți, cât și pentru specialiștii în domeniu, administratori, manageri și factori decizionali;
- b) utilizarea optima a tehnologiei informației și comunicării în vederea eficientizării serviciilor operaționale și sporirii receptivității serviciilor;
- c) realizarea proceselor decizionale și de planificare pe baza informațiilor disponibile;
- d) evaluarea impactului exercitat de deciziile investiționale asupra serviciilor;
- e) consolidarea rolului informațiilor în îmbunătățirea sănătății, inclusiv din perspectiva stilului de viață sănătos, educației și instruirii, pentru a asigura exploatarea eficientă a cunoștințelor acumulate;

- f) comunicarea mai rapidă și mai eficientă între toate sectoarele din domeniul sănătății;

Art. 293

ANMCS are următoarele atribuții principale referitoare la funcționarea sistemului informațional din sănătate:

- a) participă la dezvoltarea informațională, în conformitate cu Strategia Națională Informatică în Sănătate;
- b) dezvoltă standarde informaționale, definiții și dicționare de date;
- c) dezvoltă și stabilește seturi de date minimale;
- d) evaluează și face recomandări referitoare la calitatea datelor și informațiilor;
- e) promovează educația, formarea și dezvoltarea abilităților în domeniul sau de activitate pentru personalul de domeniu;
- f) promovează și participă la cercetarea și dezvoltarea națională în domeniul e-health;
- g) promovează acțiuni comune pentru asigurarea securității confidențialității datelor din sănătate;
- h) dezvoltă ghiduri referitoare la accesul la informația deținută de agenții din sănătate;
- i) colaborează la dezvoltarea specificațiilor adecvate pentru achiziționarea de tehnologie din domeniul informatic pentru sistemul de sănătate.

Art. 294

- a) ANMCS are obligația contractării unui audit financiar extern anual.
- b) Raportul de audit se publică pe site-ul propriu.

Art. 295

Controlul asupra activității financiare a ANMCS se realizează de Ministerul Sănătății, de Curtea de Conturi sau de alte institutii abilitate prin lege.

TITLUL X FINANȚAREA UNOR CHELTUIELI DE SĂNĂTATE**Art. 296**

În scopul combaterii consumului excesiv de produse din tutun și băuturi alcoolice, altele decât vinul și berea, prevăzute în prezenta lege, precum și pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate, se instituie unele contribuții ce se constituie ca venituri proprii ale Ministerului Sănătății.

Art. 297

Veniturile prevăzute la art. 334, gestionate de către Ministerul Sănătății, sunt folosite pentru:

- a) investiții în infrastructură și dotări la spitale;
- b) finanțarea programelor naționale de sănătate
- c) rezerva Ministerului Sănătății pentru situații speciale;
- d) finanțarea structurilor și serviciilor medicale din cadrul Sistemului Național Integrat de Asistență Medicală de Urgență și Prim Ajutor Calificat.
- e) transferuri către bugetul Fondului național de asigurări obligatorii de sănătate pentru medicamentele acordate în ambulatoriu pensionarilor în cadrul programului social al Guvernului conform prevederilor HG 186/2009.
- f) alte destinații în cadrul sistemului de sănătate stabilite prin hotărâre a Guvernului.

Art. 298

(1) În aplicarea prevederilor art. 332 și 333 se stabilesc următoarele măsuri:

- a) persoanele juridice care produc sau importă produse din tutun contribuie astfel:
 1. pentru țigarete cu suma de 20 euro/1.000 de țigarete;
 2. pentru țigări și țigări de foi cu suma de 20 euro/1.000 de bucăți;
 3. pentru tutun destinat fumatului cu suma de 23 euro/kg;
- b) persoanele juridice care produc, efectuează achiziții intracomunitare sau importă băuturi alcoolice, slab alcoolizate, cu zaharuri adăugate și produse intermediare, așa cum sunt definite prin Legea nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr.927 din 23 decembrie 2003, contribuie cu suma de 240 euro/hectolitr alcool pur sau 2,4 euro/fiecare litru alcool pur;
- c) persoanele juridice care realizează încasări din activități publicitare la produse din tutun și băuturi alcoolice contribuie cu o cotă de 14% din valoarea acestor încasări, după deducerea taxei pe valoarea adăugată.

(2) Valoarea în lei a contribuțiilor prevăzute la alin. (1), stabilită potrivit legii în echivalent euro/unitate de măsură, se determină prin transformarea sumelor exprimate în echivalent euro la cursul de schimb valutar utilizat pentru calculul accizelor, la data plății acestor contribuții.

Art. 299

(1) Contribuțiile prevăzute la art. 334 alin.(1) lit.a) și b) se virează, la termenul pentru plata accizelor prevăzut în Legea nr.571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, într-un cont colector, deschis la Trezoreria Statului.

(2) Pentru neplata la scadență a contribuțiilor se calculează și se datorează accesorii în condițiile Ordonanței Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Contribuțiile prevăzute la art. 334 alin. (1) lit. a) și b) încasate în vamă la momentul înregistrării declarației vamale de import, se virează de către autoritatea vamală în ziua lucrătoare următoare celei în care au fost încasate contribuțiile, într-un cont colector deschis la Trezoreria Statului.

(4) Contribuția prevăzută la art. 334 alin. (1) lit. c) se virează într-un cont colector deschis la trezoreria Statului, până la data de 25 a lunii următoare prestării serviciului.

(5) Pentru neplata la scadență a contribuțiilor se calculează și se datorează accesorii în condițiile Ordonanței Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare”.

(6) Contribuțiile prevăzute la art. 334 alin. (1) se administrează de către organele fiscale competente din subordinea Agenției Naționale de Administrare Fiscală potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare."

(7) Contribuțiile de la alin. (1) - (4) se transferă de unitățile Trezoreriei Statului la data de 1 și 15 ale fiecărei luni, în contul de venituri proprii al Ministerului Sănătății

Art. 300

(1) Veniturilor și cheltuielilor prevăzute la prezentul titlu li se aplică prevederile referitoare la bugetele de venituri și cheltuieli ale unor activități, instituite prin Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările ulterioare.

(2) Contribuțiile pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate rămase la sfârșitul anului se reportează în anul următor și se utilizează cu aceeași destinație.

(3) Disponibilitățile temporare din contribuțiile constituite ca venituri proprii ale Ministerului Sănătății se păstrează la trezoreria statului și sunt purtătoare de dobândă în condițiile stabilite prin convenția încheiată între Ministerul Sănătății și Ministerul Finanțelor Publice.

Art. 301

(1) Utilizarea veniturilor prevăzute la art. 334 în alte scopuri decât cele menționate la art. 333 constituie infracțiune de deturnare de fonduri și se pedepsește conform legii.

TITLUL XI TRANSPARENȚA ȘI CONTROLUL ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 302

În cuprinsul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarea semnificație:

- a) transparența informațiilor, numită în continuare transparență, reprezintă ansamblul măsurilor ce permit accesul la datele legate de buna funcționare și de administrare a fondurilor provenite de la bugetul statului sau din fondul de asigurări obligatorii de sănătate de către toate instituțiilor publice și private din sănătate, în conformitate cu legislația în vigoare;
- b) integritatea reprezintă asumarea principiilor etice, deontologice și morale de funcționare a sistemului de sănătate de către administrația publică sau privată, în conformitate cu legislația în vigoare;
- c) structura de integritate din sistemul de sănătate cuprinde persoane care sunt implicate în activitățile de prevenire a fraudei și corupției din sistemul de sănătate;
- d) prevenirea fraudei și corupției în sistemul de sănătate include respectarea ansamblului de măsuri referitoare la aplicarea și verificarea principiilor de transparență și de integritate de către instituțiile publice și private din sistemul de sănătate;
- e) controlul în sistemul de sănătate – reprezintă activitatea dispusă de ministrul sănătății, delimitată în timp, reglementată prin lege, în vederea stabilirii existenței ori inexistenței unor încălcări ale reglementărilor legale aplicabile sistemului și consemnarea lor, emiterea de propuneri pentru măsuri corective menite să le elimine și/sau propuneri de sancțiuni, după caz.

Art. 303

Respectarea normelor de etică, integritate, de prevenire a fraudării fondurilor din cadrul sistemului de sănătate, de prevenire a corupției din sistem și de respectare a legalității în desfășurarea activităților curente este obligatorie pentru toate instituțiile publice și private din sistemul de sănătate.

CAPITOLUL II Transparența în sistemul de sănătate

Art. 304

(1) Evaluarea riscurilor de fraudare, în scopul prevenirii fraudei și corupției din sistemul de sănătate este realizată de membrii structurilor de integritate, în colaborare cu structurile de audit și control din sistemul de sănătate.

(2) Activitatea de integritate din sistemul public de sănătate este asigurată de structura de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a structurilor deconcentrate ale Ministerului

Sănătății. Ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprii, ANRAOS și asiguratorii din sistemul de sănătate au obligația de a dezvolta propria structură de prevenire a fraudei și corupției din sănătate sau de a colabora cu structura de specialitate a Ministerului Sănătății.

Art. 305

(1) Transparența în utilizarea fondurilor în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate se asigură prin publicarea pe site-ul propriu a documentelor stabilite prin normele metodologice la prezenta lege.

(2) Structura de integritate va verifica prezența acestor informații pe site-urile unităților din sistemul de sănătate și va întocmi rapoarte de analiză pentru evaluarea riscurilor de fraudare a fondurilor de sănătate. Rapoartele vor fi înaintate conducătorilor ierarhici care vor putea dispune măsuri adecvate pentru diminuarea acestor riscuri.

Art. 306

Evaluarea riscurilor la corupție se face în raport cu prevederile legale în vedere, de către structurile de integritate existente în sistemul de sănătate.

Art. 307

În scopul realizării unor analize temeinice, structurile de audit, de control și de integritate pot solicita și alte documente sau pot realiza verificări suplimentare în colaborare cu alte instituții publice.

Art. 308

(1) Normele metodologice de evaluare a riscurilor de fraudă și de corupție din sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătății,

(2) Modalitatea de sancționare și cuantumul sancțiunilor pentru nerespectarea normelor de transparență și integritate în sănătate se reglementează prin hotărâre a guvernului.

CAPITOLUL III Controlul în sistemul de sănătate

Art. 309

În exercitarea funcției de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, Ministerul Sănătății, prin structura de specialitate, controlează și sancționează, după caz, potrivit legii, activitatea întregului sistem de sănătate.

Art. 310

Ministerul Sănătății, prin structura de specialitate și instituțiile din subordinea acestuia, controlează aplicarea legislației specifice de către furnizorii de servicii de sănătate, colaborând în acest scop cu ANRAOS, cu organismele profesionale din domeniul medico-sanitar din România, autoritățile publice locale și cu alte instituții abilitate în acest sens.

(1) Activitățile organizatorice și funcționale cu caracter medico-sanitar din sistemul de sănătate sunt reglementate și supuse controlului Ministerului Sănătății.

(2) În unitățile sanitare din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, controlul este efectuat de Ministerul Sănătății și de structurile specializate ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.

Art. 312

Controlul asupra activității economico-financiare a furnizorilor de servicii de sănătate se realizează, în condițiile legii, de Ministerul Sănătății, Curtea de Conturi, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie sau alte institutii abilitate prin lege în acest sens.

Art. 313

(1) Unitățile publice sau private supuse controlului au obligația de a permite accesul comisiilor de control în incinta unității și de a pune la dispoziție toate documentele solicitate de membrii comisiilor de control, cu respectarea prevederilor în domeniul protecției informațiilor clasificate.

(2) Personalul cu atribuții de control este obligat să păstreze confidențialitatea documentelor, materialelor și altor înscrisuri obținute în timpul controlului și să procedeze în mod corespunzător pentru ducerea la îndeplinire a acestei obligații.

Art. 314

Unitățile supuse controlului au obligația aducerii la îndeplinire a măsurilor stabilite prin raportul de control aprobat de ministrul sănătății.

Art. 315

Nerespectarea dispozițiilor prevăzute la art. 349 și la art.350 atrage după sine răspunderea disciplinară, civilă sau penală, după caz.

Art. 316

Normele metodologice privind modalitatea de efectuare a controlului se aprobă prin hotărâre de guvern.

TITLUL XII DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII**Art. 317**

Prezenta lege intra în vigoare astfel:

- a) La 3 zile de la publicare: Titlul VII – “Cardul”, Titlul IX – “Transplantul”, Titlul X – “Personalul din sanatate”;
- b) La 90 de zile de la publicare, Titlul I – “Sanatatea Publica”, Titlul II – “Programele Nationale de Sanatate”, Titlul III – “Asistenta medicala primara”, Titlul IV – “Asistenta medicala ambulatorie”, Titlul VIII “Managementul calitatii in sistemul de sanatate”, Titlul XI – “Raspunderea civila” si Titlul XII – “Finantarea unor cheltuieli de sanatate”;
- c) La data de 01 ianuarie 2014 Titlul V “Spitalele”;
- d) La data de 01 ianuarie 2015 Titlul VI – “Sistemul asigurarilor de sanatate”.

Art. 318

Titlul IV “Sistemul national de medicina de urgenta si de prim ajutor calificat” din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si legislatia secundara elaborata in baza acestuia, raman in vigoare.....

Art. 319

Titlul XVI - “Înființarea, organizarea și funcționarea Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București” din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare precum si legislatia seundara elaborata in baza acestui titlu, raman in vigoare.

Art. 320

(1) Titlul XVII “ Medicamentul” din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și legislația secundară elaborată în baza acestuia rămân în vigoare, cu următoarele completări:

(2) Se înființează Agenția Națională a Medicamentului, instituție publică sanitară, autoritate de reglementare în domeniul medicamentului, cu personalitate juridică, cu sediul în București, str.Av.Sănătescu nr.48 sector 1, în coordonarea Ministerului Sănătății care se finanțează din venituri proprii. Modul de organizare și funcționare al Agenției Naționale a Medicamentului se reglementează prin hotărâre de guvern.

(3) Se înființează Oficiul Tehnic de Dispozitive Medicale, instituție publică sanitară în coordonarea Ministerului Sănătății, cu sediul în București, șos. N.Titulescu nr.58 sector 1, organism tehnic si metodologic în domeniul dispozitivelor medicale. Modul de organizare și funcționare al Oficiului Tehnic de Dispozitive Medicale se reglementează prin hotărâre de guvern.

Art. 321

La data intrării în vigoare a prezentei legi titlurile din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se abroga, cu excepția celor de la titlul IV “Sistemul național de medicina de urgență și de prim ajutor calificat”, titlul XVI - “Înființarea, organizarea și funcționarea Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București” și titlul XVII “Medicamentul”.

Art. 322

Prezenta lege transpune prevederile Directivei 2011/24/UE A Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, publicată în JOUE la data de 4.04 2012.

Art. 323

Prevederile referitoare la asistenta medicala transfrontaliera, care nu se acorda in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și cu Regulamentul (CE) nr. 987/2009, sau a documentelor internationale la care Romania este parte se aplica din luna octombrie 2013.

Art. 324

Începând cu data intrării în vigoare a prezentei legi Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare se modifică după cum urmează:

(1) Litera g) a articolului 86 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

“ g) primul ajutor de bază - efectuarea unor acțiuni salvatoare de viață unor persoane care au suferit o accidentare sau îmbolnăvire acută, de către persoane fără pregătire medicală, fără utilizarea unor echipamente specifice acestui scop cu excepția defibrilatoarele semiautomate destinate accesului public. Primul ajutor de bază se acordă de orice persoană instruită în acest sens sau de persoane fără instruire, la indicațiile personalului din dispeceratele de urgență;”

(2) Alineatul (1¹) al articolului 93, se modifica si va avea urmatorul cuprins:

“ 1¹. Din bugetul Ministerului, respectiv din fondurile alocate de la bugetul de stat și din veniturile proprii, se asigură serviciilor publice de ambulanță cheltuielile aferente salarizării și formării personalului, funcționarii ambulanțelor și întreținerii acestora, a medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și cheltuielile aferente asigurării mijloacelor de intervenție operaționale din dotare.”