

Ordonanta de Urgenta nr. 150 din 2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate

**Monitorul Oficial** nr. 838 din 11/20/2002

In temeiul art. 114 alin. (4) din Constitutie,

Guvernul Romaniei adopta prezenta ordonanta de urgenta.

## **CAPITOLUL I - Dispozitii generale**

### **Art. 1.**

(1) Asigurarile sociale de sanatate reprezinta principalul sistem de finantare a ocrotirii si promovarii sanatatii populatiei care asigura acordarea unui pachet de servicii de baza.

(2) Asigurarile sociale de sanatate sunt obligatorii si functioneaza ca un sistem unitar, pe baza urmatoarelor principii:

- a) alegerea libera a casei de asigurari de sanatate;
- b) solidaritate si subsidiaritate in colectarea si utilizarea fondurilor;
- c) alegerea libera de catre asigurati a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu si a unitatii sanitare;
- d) participarea obligatorie la plata contributiei de asigurari sociale de sanatate pentru formarea fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- e) participarea persoanelor asigurate, a statului si a angajatorilor la managementul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- f) acordarea unui pachet de servicii medicale de baza, in mod echitabil si nediscriminatoriu, oricarui asigurat;
- g) transparenta activitatii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

(3) Pot functiona si alte forme de asigurare a sanatatii in diferite situatii speciale. Aceste asigurari nu sunt obligatorii.

### **Art. 2.**

(1) Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, denumit in continuare fondul, este un fond special care se constituie si se utilizeaza potrivit prezentei ordonante de urgenta.

(2) Constituirea fondului se face din contributia de asigurari sociale de sanatate, denumita in continuare contributie, suportata de asigurati, de persoanele fizice si juridice care angajeaza personal salariat, din subventii de la bugetul de stat, precum si din alte surse - donatii, sponsorizari, dobanzi, potrivit legii.

(3) Administrarea fondului se face, in conditiile legii, de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, denumita in continuare CNAS, si, respectiv, prin casele de asigurari sociale de sanatate judetene si a municipiului Bucuresti, inclusiv prin Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumite in continuare case de asigurari.

(4) CNAS poate propune Ministerului Sanatatii si Familiei proiecte de acte normative care au incidenta asupra constituirii si utilizarii fondului.

### **Art. 3.**

(1) In sensul prezentei ordonante de urgenta, urmatorii termeni se definesc astfel:

- a) serviciile medicale sunt acele servicii si produse furnizate de catre persoane fizice si juridice, in conditiile prezentei ordonante de urgenta;
- b) furnizorii sunt persoane fizice sau juridice autorizate oficial si recunoscute de catre Ministerul

Sanatatii si Familiei pentru a furniza servicii sau produse medicale;

- c) pachetul de servicii de baza cuprinde serviciile medicale, serviciile de ingrijire a sanatatii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si alte servicii si produse la care au dreptul asiguratii si se suporta din fond, in conditiile contractului-cadru;
- d) autorizarea reprezinta un control al calificarii si al respectarii legislatiei existente in domeniu, efectuat pentru toate tipurile de furnizori, necesar pentru a obtine permisiunea de a furniza servicii medicale in Romania;
- e) acreditarea este un proces de evaluare externa a calitatii serviciilor de sanatate, care confera dreptul de a putea intra in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, fiind o conditie obligatorie pentru incheierea contractului;
- f) contractarea este procedura care reglementeaza conditiile furnizarii serviciilor de catre furnizori pentru cei asigurati de casele de asigurari;
- g) pret de referinta este pretul utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru plata medicamentelor, materialelor sanitare si a dispozitivelor medicale, potrivit politicii de preturi a Ministerului Sanatatii si Familiei;
- h) dispozitivele medicale cuprind materialele sanitare pentru corectarea vazului, auzului, pentru protezarea membrilor, respectiv proteze, orteze, dispozitive de mers si alte materiale specifice, necesare in scopul recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice.

(2) Definitiiile care pot exista in alte legi si care sunt diferite de cele prevazute la alin. (1) nu se aplica in cazul prezentei ordonante de urgenta.

## **CAPITOLUL II - Asiguratii**

### SECTIUNEA 1 - Persoanele asigurate

#### **Art. 4.**

(1) Sunt asigurati, potrivit prezentei ordonante de urgenta, toti cetatenii romani cu domiciliul in tara, precum si cetatenii straini si apatrizii care au domiciliul sau resedinta in Romania. In aceasta calitate au obligatia platii contributiei de asigurare potrivit prevederilor prezentei ordonante de urgenta.

(2) Calitatea de asigurat si drepturile de asigurare inceteaza o data cu pierderea dreptului de domiciliu sau de resedinta in Romania.

(3) Documentele justificative privind dobandirea calitatii de asigurat se stabilesc prin ordin al ministrului sanatatii si familiei, la propunerea CNAS.

#### **Art. 5.**

(1) Calitatea de asigurat se dovedeste cu un document justificativ - adeverinta sau carnet de asigurat eliberat prin grija casei la care este inscris asiguratul. In termen de un an de la aprobarea prezentei ordonante de urgenta va fi introdus cardul electronic de asigurat, care se suporta din fond.

(2) Metodologia si modalitatile de gestionare si de distribuire ale cardului de asigurat se stabilesc de catre CNAS.

(3) Datele minime care vor fi inregistrate si accesate pe cardul de asigurat sunt:

- a) datele de identitate si codul numeric personal;
- b) dovada achitarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate;
- c) inregistrarea numarului de solicitari de servicii medicale, prin codul furnizorului;
- d) diagnostice medicale cu risc vital;
- e) consimtamantul referitor la donarea de tesuturi si organe;
- f) grupa sanguina si Rh.

#### **Art. 6.**

- (1) Urmatoarele categorii de persoane beneficiaza de asigurare, fara plata contributiei:
- a) toti copiii pana la varsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca;
  - b) sotul, sotia si parintii fara venituri proprii, aflati in intretinerea unei persoane asigurate;
  - c) persoanele ale caror drepturi sunt stabilite prin Decretullege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurata cu incepere de la 6 martie 1945, precum si celor deportate in strainatate ori constituite in prizonieri, republicat, cu modificarile si completarile ulterioare, prin O.G. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de catre regimurile instaurate in Romania cu incepere de la 6 septembrie 1940 pana la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobata prin Legea 189/2000, cu modificarile si completarile ulterioare, prin Legea 44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, precum si persoanele prevazute la art. 2 din Legea 42/1990 pentru cinstirea eroilor-martiri si acordarea unor drepturi urmasilor acestora, ranitilor, precum si luptatorilor pentru victoria Revolutiei din decembrie 1989, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, daca nu realizeaza alte venituri decat cele provenite din drepturile banesti acordate de aceste legi, precum si cele provenite din pensii;
  - d) persoanele cu handicap care nu realizeaza venituri din munca, pensie sau alte surse si se afla in ingrijirea familiei;
  - e) pensionarii de asigurari sociale, pensionarii militari, pensionarii I.O.V.R. si alte categorii de pensionari;
  - f) bolnavii cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate stabilite de Ministerul Sanatatii si Familiei, pana la vindecarea respectivei afectiuni, daca nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte resurse;
  - g) femeile insarcinate sau lauzele, daca nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de baza minim brut pe tara;
  - h) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificarile si completarile ulterioare;
  - i) persoanele care se afla in executarea masurilor prevazute in art. 105, 113 si 114 din Codul penal; persoanele care se afla in perioada de amanare sau intrerupere a executarii pedepsei privative de libertate, daca nu au venituri.
- (2) Sunt asigurate persoanele aflate in una dintre urmatoarele situatii, pe durata acesteia, cu plata contributiei din alte surse, in conditiile prezentei ordonante de urgenta:
- a) satisfac serviciul militar in termen;
  - b) se afla in concediu medical, in concediu medical pentru sarcina si lauzie sau in concediu medical pentru ingrijirea copilului bolnav in varsta de pana la 7 ani;
  - c) executa o pedeapsa privativa de libertate sau se afla in arest preventiv;
  - d) persoanele care beneficiaza de indemnizatie de somaj sau, dupa caz, de alocatie de sprijin.

#### **Art. 7.**

(1) Cetatenii statelor membre ale Uniunii Europene, precum si cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale de cooperare in domeniul sanatatii si stiintelor medicale beneficiaza de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriul Romaniei, in conditiile prevazute de acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele incheiate intre Romania si tara respectiva.

(2) Asigurarea sociala de sanatate este facultativa pentru urmatoarele categorii de persoane care nu se incadreaza in prevederile alin. (1):

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate in Romania;
- b) cetatenii straini si apatrizii care se afla temporar in tara;
- c) cetatenii romani cu domiciliul in strainatate care se afla temporar in tara.

#### **Art. 8.**

(1) Obligatia virarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate revine persoanei juridice sau fizice care angajeaza persoane cu contract individual de munca sau conventie civila, precum

si persoanelor fizice, dupa caz.

(2) Persoanele juridice sau fizice la care isi desfasoara activitatea asigurarii sunt obligate sa depuna lunar la casele de asigurari declaratii privind obligatiile ce le revin fata de fond.

(3) Prevederile alin. (1) si (2) se aplica si persoanelor care exercita profesii liberale sau celor care sunt autorizate, potrivit legii, sa desfasoare activitati independente.

#### **Art. 9.**

In cazul neachitarii in termen a contributiilor datorate fondului, CNAS, direct sau prin casele de asigurari, procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru incasarea sumelor datorate si a majorarilor de intarziere, potrivit procedurilor instituite de legislatia privind executarea creantelor bugetare.

### SECTIUNEA a 2-a - Drepturile si obligatiile asiguratilor

#### **Art. 10.**

(1) Asiguratii au dreptul la un pachet de servicii de baza care cuprinde servicii medicale, servicii de ingrijire a sanatatii, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale.

(2) Drepturile prevazute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru care se elaboreaza de CNAS pe baza consultarii Colegiului Medicilor din Romania, denumit in continuare CMR, Colegiului Farmacistilor din Romania, denumit in continuare CFR, si Ordinului Asistentilor Medicali din Romania, denumit in continuare OAMR, pana la data de 31 octombrie a anului in curs pentru anul urmator. Proiectul se avizeaza de Ministerul Sanatatii si Familiei, cu consultarea obligatorie a ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, si se aproba prin hotarare a Guvernului. In cazul nefinalizarii elaborarii contractului-cadru in termenul prevazut, Ministerul Sanatatii si Familiei elaboreaza si supune spre aprobare Guvernului proiectul contractului-cadru pana la data de 30 noiembrie.

(3) Contractul-cadru reglementeaza, in principal, conditiile acordarii asistentei medicale cu privire la:

- a) pachetul de servicii de baza la care au dreptul persoanele asigurate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de ingrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale si a altor servicii pentru asigurati aferente pachetului de servicii de baza prevazut la lit. a);
- c) criteriile si standardele calitatii pachetului de servicii;
- d) alocarea resurselor si controlul costurilor sistemului de asigurari sociale de sanatate in vederea realizarii echilibrului financiar al fondului;
- e) tarifele utilizate in contractarea pachetului de servicii de baza, modul de decontare si actele necesare in acest scop;
- f) internarea si externarea bolnavilor;
- g) criteriile de internare in spital;
- h) asigurarea tratamentului spitalicesc, masuri de ingrijire la domiciliu sau de recuperare;
- i) conditiile generale de acordare a tratamentului ambulatoriu;
- j) prescrierea si eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor si a ortezelor, a dispozitivelor de mers si de autoservire;
- k) modul de informare a asiguratilor;
- l) coplata pentru unele servicii medicale.

(4) Prin contractul-cadru se stabilesc conditiile organizarii licitatiilor in vederea contractarii unor servicii din pachetul de servicii de baza.

(5) Prevederile alin. (3) lit. e) se realizeaza prin consultarea reprezentantilor legali ai furnizorilor de servicii medicale.

(6) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, cu consultarea CMR, CFR si OAMR, pana la 15 decembrie a anului in curs pentru anul urmator, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei si al presedintelui CNAS.

(7) In cazul nefinalizarii normelor metodologice, Ministerul Sanatatii si Familiei le va elabora si le

va aproba prin ordin in termen de 5 zile de la data expirarii termenului prevazut la alin. (6).

(8) Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei vor elabora, cu avizul CNAS, norme proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale, care se aproba prin ordin comun al ministrului sanatatii si familiei si al ministrilor si conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

#### **Art. 11.**

(1) Asiguratii beneficiaza de pachetul de servicii de baza in caz de boala sau de accident, din prima zi de imbolnavire sau de la data accidentului si pana la vindecare, in conditiile stabilite de prezenta ordonanta de urgenta.

(2) Asiguratii au urmatoarele drepturi:

- a) sa aleaga medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu, unitatea spitaliceasca ce le va acorda servicii medicale, precum si casa de sanatate la care se asigura;
- b) sa fie inscrisi pe lista unui medic de familie pe care il solicita, daca indeplinesc toate conditiile prezentei ordonante de urgenta, suportand cheltuielile de transport daca optiunea este pentru un medic din alta localitate;
- c) sa isi schimbe medicul de familie ales numai dupa expirarea a cel putin 3 luni de la data inscrierii pe listele acestuia;
- d) sa beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu, in conditiile legii;
- e) sa li se efectueze cel putin un control profilactic in fiecare an, in functie de sex si de grupa de varsta careia ii apartin;
- f) sa beneficieze de servicii de asistenta medicala preventiva si de promovare a sanatatii, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) sa beneficieze de servicii medicale in ambulatorii si spitale acreditate;
- h) sa beneficieze de servicii medicale de urgenta;
- i) sa beneficieze de unele servicii de asistenta stomatologica;
- j) sa beneficieze de tratament fizioterapeutic si de recuperare;
- k) sa beneficieze de dispozitive medicale si alte materiale specifice;
- l) sa beneficieze de servicii si ingrijiri medicale la domiciliu.

#### **Art. 12.**

Obligatiile asiguratilor pentru a putea beneficia de drepturile prevazute la art. 11 sunt urmatoarele:

- a) sa se inscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- b) sa anunte medicul de familie ori de cate ori apar modificari in starea lor de sanatate;
- c) sa se prezinte la controalele profilactice si periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d) sa anunte in termen de 15 zile medicul de familie si casa de asigurari asupra modificarilor datelor de identitate sau modificarilor referitoare la incadrarea lor intr-o anumita categorie de asigurati;
- e) sa respecte cu strictete tratamentul si indicatiile medicului;
- f) sa aiba o conduita civilizata fata de personalul medicosanitar;
- g) sa achite contributia datorata fondului si suma reprezentand diferenta dintre tarifele acceptate la plata de sistemul de asigurari sociale de sanatate si cele practicate pe piata, denumita in continuare coplata, in conditiile stabilite prin contractul-cadru;
- h) sa prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atesta calitatea de asigurat.

#### **Art. 13.**

Persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat beneficiaza de servicii medicale numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemo-epidemic in cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

**Art. 14.**

Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care insoteste copilul internat in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorul persoanei cu handicap de gradul I internate se suporta de catre casele de asigurari numai daca, potrivit criteriilor stabilite de comun acord de catre CNAS si de CMR, medicul considera necesara prezenta lor pentru o perioada determinata.

**Art. 15.**

Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel putin o data pe an, prin casele de asigurari, asupra serviciilor de care beneficiaza, a nivelului de contributie si a modalitatii de plata, precum si asupra drepturilor si obligatiilor sale.

**CAPITOLUL III - Servicii medicale suportate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate**

## SECTIUNEA 1 - Servicii medicale profilactice

**Art. 16.**

(1) In scopul prevenirii imbolnavirilor, al depistarii precoce a bolii si al pastrarii sanatatii, asiguratii vor fi informati permanent de catre casele de asigurari asupra mijloacelor de pastrare a sanatatii, de reducere si de evitarea cauzelor de imbolnavire si asupra pericolelor la care se expun in cazul consumului de droguri, alcool si tutun.

(2) Serviciile medicale profilactice suportate din fond sunt urmatoarele:

- a) monitorizarea evolutiei sarcinii si a lauzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;
- b) urmarirea dezvoltarii fizice si psihomotorii a sugarului si a copilului;
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecinte majore in morbiditate si mortalitate;
- d) servicii medicale din cadrul programului national de imunizari;
- e) servicii de planificare familiala, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

(3) Detalierea serviciilor prevazute la alin. (2) si modalitatile de acordare se stabilesc in contractul-cadru.

**Art. 17.**

Serviciile medicale stomatologice preventive se suporta de catre casele de asigurari, astfel:

- a) trimestrial, pentru copiii pana la varsta de 18 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la gradinita, fie la institutiile de invatamant preuniversitar;
- b) de doua ori pe an, pentru tinerii in varsta de la 18 ani pana la 26 de ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca.

**Art. 18.**

(1) Asiguratii in varsta de peste 18 ani au dreptul la un control medical in fiecare an pentru prevenirea bolilor cu consecinte majore in morbiditate si mortalitate, stabilite prin contractul-cadru.

(2) Neefectuarea in mod nejustificat de catre asigurati a controalelor medicale periodice preventive poate atrage obligatia de a suporta, dupa caz, unele costuri ale tratamentului curativ si de recuperare pentru afectiunea nedepistata in timp. Prin contractul-cadru vor fi prevazute situatiile in care aceste costuri se suporta de asigurati, precum si stimulentele pentru asiguratii care efectueaza controalele medicale periodice preventive.

## SECTIUNEA a 2-a - Servicii medicale curative

**Art. 19.**

- (1) Asiguratii au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicatiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferintei, după caz.
- (2) Tratamentul medical se aplica de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar acreditat, la indicația și sub supravegherea medicului.

**Art. 20.**

- (1) Serviciile medicale curative ale caror costuri sunt suportate din fond sunt:
  - a) serviciile medicale de urgență;
  - b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneza, examen clinic, examene paraclinice și de laborator;
  - c) tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
  - d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și munca, precum și igienodietetic.
- (2) Asiguratii beneficiază de activități de suport constând în acordarea de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă sau îngrijirea copilului bolnav.
- (3) Detalierea serviciilor prevăzute la alin. (1) și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.

**Art. 21.**

- (1) Asiguratii au dreptul la asistenta medicala primara și de specialitate ambulatorie, la indicația medicului de familie.
- (2) Asiguratii primesc asistenta medicala de specialitate în spitale acreditate.
- (3) Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare integrală sau parțială și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.
- (4) Asistenta medicala de recuperare se acordă pentru o perioadă și după un ritm stabilite de medicul curant în unități sanitare acreditate.
- (5) Servicii și îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de personal acreditat.

**Art. 22.**

Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul din cabinetul stomatologic și din serviciul bucomaxilo-facial.

**Art. 23.**

- (1) Tratamentele stomatologice se suportă din fond în condițiile stabilite prin contractul-cadru.
- (2) În cazul copiilor în vârstă de până la 18 ani tratamentele stomatologice se suportă din fond în condițiile stabilite în contractul-cadru.

SECȚIUNEA a 3-a - Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte mijloace terapeutice

**Art. 24.**

Asiguratii beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală.

Modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor se prevăd în contractul-cadru.

**Art. 25.**

- (1) Lista cu medicamente de care beneficiază asiguratii cu sau fără contribuție personală se elaborează anual de către Ministerul Sănătății și Familiei și CNAS, cu consultarea CFR, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.
- (2) În lista se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman.

**Art. 26.**

(1) Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevazute la art. 6 alin. (1) lit. a) și g) se suportă integral din fond.

(2) Valoarea medicamentelor prevazute la art. 25 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor care beneficiază de asistență medicală gratuită, în cazul categoriilor de persoane prevazute la art. 6 alin. (1) lit. c) și d), se suportă din fond.

(3) Asigurații au dreptul la materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrilor și la alte materiale de specialitate, în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevazute în contractul-cadru.

(4) Asigurații beneficiază de tratamente fizioterapeutice, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevazute în contractul-cadru.

(5) Asigurații beneficiază de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și de alte mijloace terapeutice la nivelul pretului de referință prevăzut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

**SECTIUNEA a 4-a - Servicii medicale și de îngrijiri la domiciliu****Art. 27.**

(1) Asigurații au dreptul să primească unele servicii medicale și îngrijiri la domiciliu din partea unui medic și/sau cadru mediu sanitar, dacă este necesar și indicat de medic.

(2) Condițiile acordării serviciilor medicale și a îngrijirilor la domiciliu se stabilesc prin contractul-cadru.

**SECTIUNEA a 5-a - Alte servicii speciale****Art. 28.**

Cheltuielile de transport sanitar, necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suportă din fond. Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

- a) urgente medicale;
- b) cazurile prevazute în contractul-cadru.

**SECTIUNEA a 6-a - Servicii medicale care nu sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate****Art. 29.**

(1) Serviciile medicale care nu sunt decontate din fond, costul acestora fiind suportat de asigurat sau de unitățile care le solicită, după caz, sunt:

- a) servicii de sănătate acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) servicii hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecții estetice efectuate persoanelor peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizare in vitro;
- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevazute în contractul-cadru;
- j) asistență medicală la cerere;
- k) costul unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

- l) cota-parte din costul protezelor si ortezelor;
  - m) serviciile medicale legate de eliberarea actelor medicale solicitate de asigurat;
  - n) unele tratamente de recuperare si de fizioterapie.
- (2) Serviciile prevazute la alin. (1) lit. b), c), f), i) si n) si cota-parte prevazuta la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin contractul-cadru.

#### SECTIUNEA a 7-a - Asigurarea calitatii

##### **Art. 30.**

Asigurarea calitatii pachetului de servicii de baza pentru asigurati revine CNAS prin respectarea urmatoarelor masuri:

- a) acceptarea incheierii de contracte numai cu furnizori acreditati conform legii, precum si a medicilor, asistentilor medicali si altor categorii de personal acreditat;
- b) existenta unui sistem informational corespunzator asigurarii unei evidente primare privind diagnosticul si terapia aplicata;
- c) respectarea de catre furnizori a criteriilor de calitate a asistentei medicale si stomatologice, elaborate de catre CMR si OAMR;
- d) utilizarea pentru tratamentul afectiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- e) utilizarea materialelor sanitare si a dispozitivelor medicale autorizate, conform legii.

##### **Art. 31.**

(1) Criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguratilor se elaboreaza de comisiile de specialitate ale CMR, se negociaza cu CNAS si se refera la:

- a) tratamentul medical;
- b) tratamentul stomatologic;
- c) actiunile de depistare precoce a imbolnavirilor;
- d) procedeele medicale de recuperare eficiente;
- e) prescrierea de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si transportul bolnavilor;
- f) eliberarea de certificate medicale necesare asiguratilor pentru a beneficia de ajutoare de boala si de rapoarte necesare caselor de asigurari pentru indeplinirea atributiilor lor.

(2) Criteriile sunt obligatorii pentru toti furnizorii de servicii medicale care au incheiat contracte cu casele de asigurari.

##### **Art. 32.**

In vederea respectarii calitatii serviciilor medicale furnizate asiguratilor, CNAS si casele de asigurari organizeaza controlul activitatii medicale impreuna cu comisiile de specialitate ale CMR, CFR si ale OAMR. Controlul are la baza criteriile prevazute la art. 30 si 31.

#### SECTIUNEA a 8-a - Actiuni comune pentru sanatate

##### **Art. 33.**

(1) Ministerul Sanatatii si Familiei proiecteaza, implementeaza si coordoneaza programe nationale de sanatate in scopul realizarii obiectivelor politicii de sanatate publica, cu participarea institutiilor cu raspundere in domeniul realizarii politicii sanitare a statului.

(2) Obiectivele se stabilesc in colaborare cu CNAS, CMR, CFR, cu reprezentanti ai asociatiilor profesionale stiintifice medicale, ai clinicilor universitare, unitatilor de cercetare, organizatiilor neguvernamentale, sindicatelor, patronatelor, ai ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, precum si cu reprezentanti ai populatiei.

##### **Art. 34.**

Unele activitati de invatamant si cercetare din cadrul spitalelor, din unitatile ambulatorii de specialitate si din cabinetele medicale sunt suportate de la bugetul de stat, in conditiile legii.

**Art. 35.**

(1) Ministerul Sanatatii si Familiei organizeaza impreuna cu CNAS licitatii la nivel national pentru achizitionarea medicamentelor si materialelor specifice pentru consumul in spitale si in ambulatoriu, in vederea realizarii programelor de sanatate, cu respectarea dispozitiilor legale in vigoare privind achizitiile publice, inclusiv a celor referitoare la aplicarea procedurii de licitatie electronica.

(2) Medicamentele ce se acorda in ambulatoriu in cadrul programelor de sanatate se asigura prin farmaciile apartinand unitatilor sanitare prin care acestea se deruleaza sau prin cabinete medicale acreditate, dupa caz.

(3) CNAS este autorizata sa incheie si sa deruleze contracte de achizitii publice pentru medicamentele si materialele specifice necesare realizarii programelor de sanatate ale caror cheltuieli se cuprind in bugetul acesteia.

SECTIUNEA a 9-a - Atributiile Colegiului Medicilor din Romania in domeniul asigurarilor sociale de sanatate

**Art. 36.**

CMR are in domeniul asigurarilor sociale de sanatate urmatoarele atributii si responsabilitati:

- a) elaboreaza criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor si participa la controlul respectarii acestora;
- b) elaboreaza ghiduri si protocoale de practica medicala;
- c) elaboreaza criteriile privind calitatea asistentei stomatologice acordate asiguratilor si urmareste respectarea acestora;
- d) participa la acreditarea personalului medical.

SECTIUNEA a 10-a - Acreditarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente si materiale sanitare

**Art. 37.**

(1) Pot intra in relatie contractuala cu sistemul de asigurari sociale de sanatate numai furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente acreditati. Medicii, farmacistii, personalul mediu sanitar si alte categorii de personal se acrediteaza dupa cum urmeaza:

- a) medicii si alte categorii de personal cu studii superioare se acrediteaza de catre comisiile formate din reprezentanti ai colegiilor judetene ale medicilor, respectiv al municipiului Bucuresti, ai caselor de asigurari si ai directiilor de sanatate publica sau ai directiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retele sanitare proprii, dupa caz, in cadrul acreditarii unitatii sanitare;
- b) asistentii medicali se acrediteaza de catre comisiile formate din reprezentanti ai OAMR, ai caselor de asigurari si ai directiilor de sanatate publica sau ai directiilor medicale ori structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retele sanitare proprii, dupa caz, in cadrul acreditarii unitatii sanitare;
- c) farmacistii si asistentii de farmacie se acrediteaza de catre comisiile formate din reprezentanti ai colegiilor judetene ale farmacistilor, respectiv al municipiului Bucuresti, ai caselor de asigurari si ai directiilor de sanatate publica sau ai directiilor medicale ori structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retele sanitare proprii, dupa caz, in cadrul acreditarii farmaciei.

(2) Regulamentul de functionare a comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevazuti la alin. (1) se aproba de catre Consiliul de administratie al CNAS, in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentei ordonante de urgenta.

(3) Metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale prevazuti la alin. (1) se elaboreaza de catre CNAS si structurile nationale ale CMR, CFR si ale OAMR si se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei, in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a

prezentei ordonante de urgenta.

(4) Autorizarea furnizorilor de aparatura medicala si materiale sanitare se face anual de catre Ministerul Sanatatii si Familiei. Metodologia de autorizare de aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei. Lista furnizorilor de aparatura medicala si materiale sanitare autorizati este data publicitatii anual.

## **CAPITOLUL IV - Relatiile caselor de asigurari sociale de sanatate cu furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente**

### **Art. 38.**

Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, care sunt in relatii contractuale cu casele de asigurari, sunt:

- a) cabinetele medicale, centrele de diagnostic si tratament, spitalele si alte unitati sanitare, medicii, personalul mediu sanitar si alte categorii de personal, personalul sanitar din serviciile conexe actului medical;
- b) farmaciile, distribuitorii si producatorii de medicamente si materiale sanitare;
- c) persoanele fizice si juridice autorizate de Ministerul Sanatatii si Familiei.

### **Art. 39.**

(1) Relatiile dintre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari sunt de natura civila, se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract care se incheie anual. In situatia in care este necesara modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate si stipulate in acte aditionale.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa prezinte, la incheierea contractului cu casa de asigurari, asigurari de raspundere civila in domeniul medical in concordanta cu tipul de furnizor. Societatile de asigurari care ofera asigurari de raspundere civila in domeniul medical trebuie sa fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurarilor si sa posede un contract de reasigurare.

### **Art. 40.**

Furnizorii de servicii medicale incheie cu casele de asigurari contracte anuale pe baza modelelor de contracte prevazute in normele metodologice de aplicare a contractuluicadru, in cuprinsul carora pot fi prevazute si alte clauze suplimentare, negociate.

### **Art. 41.**

Refuzul caselor de asigurari de a incheia contracte cu furnizorii pentru serviciile medicale din pachetul de baza, denuntarea unilaterala a contractului, precum si raspunsurile la cererile si la sesizarile furnizorilor se vor face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal, in termen de 30 de zile.

### **Art. 42.**

(1) Casele de asigurari incheie cu furnizorii de servicii medicale contracte anuale pentru furnizarea de servicii si pentru plata acestora, urmarind realizarea echilibrului financiar.

(2) La incheierea contractelor partile vor avea in vedere interesul asiguratilor si vor tine seama de economicitatea, eficienta si calitatea serviciilor oferite pe baza criteriilor elaborate de CNAS, CMR, CFR si OAMR.

### **Art. 43.**

(1) Prevederile contractului-cadru sunt date publicitatii pentru informarea asiguratilor si a furnizorilor de servicii medicale.

(2) Contractele de furnizare de servicii medicale cuprind si obligatiile partilor legate de buna gestionare a fondurilor, precum si clauze care sa reglementeze conditiile de plata a serviciilor

furnizate pana la definitivarea unui nou contract intre parti, pentru perioada urmatoare celei acoperite prin contract.

(3) Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se face in luna ianuarie a anului urmator.

**Art. 44.**

Casele de asigurari controleaza modul in care furnizorii de servicii medicale respecta clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii avand obligatia sa permita accesul la evidentele referitoare la derularea contractului.

**Art. 45.**

(1) Plata furnizorilor de servicii medicale poate fi:

- a) in asistenta medicala primara si de specialitate ambulatorie prin tarif pe persoana asigurata, tarif pe serviciu medical, suma fixa negociata pe pachet de servicii medicale, dupa caz;
- b) in asistenta medicala din spitale si alte unitati, in afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical, dupa caz;
- c) prin tarife pentru anumite servicii, stabilite prin contractul-cadru;
- d) prin pret de referinta prevazut in lista medicamentelor cu sau fara contributie personala;
- e) prin pret de referinta prevazut in lista de materiale sanitare si de dispozitive medicale.

(2) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale se stabileste prin contractul-cadru.

**Art. 46.**

Decontarea serviciilor medicale se face in baza contractelor incheiate intre casele de asigurari si furnizorii de servicii medicale, indiferent de casa de asigurari la care s-a virat contributia asiguratului, pe baza documentelor justificative stabilite prin contractul-cadru.

**Art. 47.**

Asigurarea asistentei medicale si a ingrijirii la domiciliul bolnavului se contracteaza de casele de asigurari cu unitati specializate, persoane fizice sau juridice acreditate.

**Art. 48.**

Asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca se acorda prin servicii medicale specializate, acreditate.

**Art. 49.**

Serviciile de transport medical se contracteaza cu unitati specializate acreditate