

## Asigurarile sociale de sanatate-partea I

Legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006-extras-privind reforma in domeniul sanatatii-actualizata-

Emitent: Parlamentul

Publicata in: Monitorul Oficial Nr. 372 din 28 aprilie 2006

### EXTRAS

Text in vigoare incepand cu data de 6 septembrie 2006

Text actualizat in baza actelor normative modificatoare, publicate in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, pana la 7 august 2006:

- Rectificarea publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 391 din 5 mai 2006;
- Ordonanta Guvernului nr. 35/2006.

### TITLUL VIII

#### Asigurarile sociale de sanatate

##### CAP. 1

##### Dispozitii generale

##### ART. 208

(1) Asigurarile sociale de sanatate reprezinta principalul sistem de finantare a ocrotirii sanatatii populatiei care asigura accesul la un pachet de servicii de baza pentru asigurati.

(2) Obiectivele sistemului de asigurari sociale de sanatate sunt:

a) protejarea asiguratilor fata de costurile serviciilor medicale in caz de boala sau accident;  
b) asigurarea protectiei asiguratilor in mod universal, echitabil si nediscriminatoriu in conditiile utilizarii eficiente a Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate.

(3) Asigurarile sociale de sanatate sunt obligatorii si functioneaza ca un sistem unitar, iar obiectivele mentionate la alin. (2) se realizeaza pe baza urmatoarelor principii:

- a) alegerea libera de catre asigurati a casei de asigurari;
- b) solidaritate si subsidiaritate in constituirea si utilizarea fondurilor;
- c) alegerea libera de catre asigurati a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente si de dispozitive medicale, in conditiile prezentei legi si ale contractului-cadru;
- d) descentralizarea si autonomia in conducere si administrare;
- e) participarea obligatorie la plata contributiei de asigurari sociale de sanatate pentru formarea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- f) participarea persoanelor asigurate, a statului si a angajatorilor la managementul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- g) acordarea unui pachet de servicii medicale de baza, in mod echitabil si nediscriminatoriu, oricari asigurat;
- h) transparenta activitatii sistemului de asigurari sociale de sanatate;
- i) libera concurenta intre furnizorii care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Pot functiona si alte forme de asigurare a sanatatii in diferite situatii speciale. Aceste asigurari nu sunt obligatorii si pot fi oferite voluntar de organisme de asigurare autorizate conform legii.

(5) Asigurarea voluntara complementara sau suplimentara de sanatate poate acoperi riscurile individuale in situatii speciale si/sau pe langa serviciile acoperite de asigurarile sociale de sanatate.

(6) Asigurarea voluntara de sanatate nu exclude obligatia de a plati contributia pentru asigurarea sociala de sanatate.

(7) **Ministerul Sanatatii Publice**, ca autoritate nationala in domeniul sanatatii, exercita controlul asupra sistemului de asigurari sociale de sanatate, din punct de vedere al aplicarii politicilor de sanatate aprobate de Guvernul Romaniei.

##### ART. 209

(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 legi.

(2) Constituirea fondului se face din contributia pentru 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, exploatarea patrimoniului **Casei Nationale de Asigurari de Sanatate** si al caselor de asigurari de sanatate potrivit legii.

(3) Gestionarea fondului se face, in conditiile legii, prin **Casa Nationala de Asigurari de Sanatate**, denumita in Continuare CNAS, si, respectiv, prin casele de asigurari sociale de sanatate judetene si a municipiului Bucuresti, denumite in continuare case de asigurari. Gestionarea fondului se realizeaza si prin Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului pana la reorganizarea acestora.

(4) CNAS propune, cu avizul **Ministerului Sanatatii Publice**, proiecte de acte normative pentru asigurarea functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate si acorda aviz conform proiectelor de acte normative care au incidenta asupra Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate.

ART. 210

(1) In intelesul prezentului titlu, termenii si notiunile folosite au urmatoarele semnificatii:

a) serviciile medicale – acele servicii nominalizate in pachetele de servicii, furnizate de catre persoanele fizice si juridice, potrivit prezentului titlu;

b) furnizorii – persoane fizice sau juridice autorizate de **Ministerul Sanatatii Publice** pentru a furniza servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale;

c) pachetul de servicii de baza – se acorda asiguratilor si cuprinde serviciile medicale, serviciile de ingrijire a sanatatii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si alte servicii la care au dreptul asiguratii si se suporta din fond, in conditiile contractului-cadru;

d) pachetul de servicii ce se acorda persoanelor care se asigura facultativ – cuprinde serviciile medicale, serviciile de ingrijire a sanatatii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si alte servicii la care are dreptul aceasta categorie de asigurati si se suporta din fond, in conditiile contractului-cadru;

e) pachetul minimal de servicii – se acorda persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat si cuprinde servicii medicale numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemo-epidemic, inclusiv cele prevazute in Programul national de imunizari, monitorizarea evolutiei sarcinii si a lauzei, servicii de planificare familiala, stabilite prin contractul-cadru;

f) 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;

g) evaluarea – o procedura externa de verificare a performantelor unui furnizor de servicii medicale prin care se recunoaste ca furnizorul supus acestui proces corespunde standardelor prealabil stabilite in scopul de a garanta calitatea tuturor serviciilor medicale furnizate;

h) contractarea – procesul prin care se reglementeaza relatiile dintre casele de asigurari de sanatate si furnizori, in vederea asigurarii drepturilor pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;

i) pret de referinta – pretul utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru plata unor servicii medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, potrivit politicii de preturi a **Ministerului Sanatatii Publice**;

j) dispozitivele medicale – sunt utilizate pentru corectarea vazului, auzului, pentru protezarea membrilor, respectiv proteze, orteze, dispozitive de mers, necesare in scopul recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice;

k) pretul de decontare – pretul suportat din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate pentru unele medicamente la care nu se stabileste pret de referinta. Lista acestora si pretul de decontare se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice;

l) coplata – diferenta suportata de asigurat intre tariful decontat de casa de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si tariful maximal stabilit de **Ministerul Sanatatii Publice**, ca autoritate nationala in politica de preturi a serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale.

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

CAP. 2

Asiguratii

SECTIUNEA 1

Persoanele asigurate

ART. 211

(1) Sunt asigurati, potrivit prezentei legi, toti cetatenii romani cu domiciliul in tara, precum si cetatenii straini si apatrizii care au solicitat si obtinut prelungirea dreptului de sedere temporara sau au domiciliul in

Romania si fac dovada platii contributiei la fond, in conditiile prezentei legi. In aceasta calitate, persoana in cauza incheie un contract de asigurare cu casele de asigurari de sanatate, direct sau prin angajator, al carui model se stabileste prin ordin al presedintelui CNAS cu avizul consiliului de administratie.

(2) Calitatea de asigurat si drepturile de asigurare inceteaza odata cu pierderea dreptului de domiciliu sau de sedere in Romania.

(3) Documentele justificative privind dobandirea calitatii de asigurat se stabilesc prin ordin al presedintelui CNAS.

#### ART. 212

(1) Calitatea de asigurat se dovedeste cu un document justificativ – adeverinta sau carnet de asigurat – eliberat prin grija casei de asigurari la care este inscris asiguratul. Dupa implementarea dispozitiilor titlului IX din prezenta lege, aceste documente justificative vor fi inlocuite cu 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) Emiterea cardului electronic de asigurat se face numai prin sistemul informatic unic integrat al sistemului de asigurari sociale de sanatate.

#### ART. 213

(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, inclusiv absolventii de liceu, pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca;

b) tinerii cu varsta de pana la 26 de ani, inclusiv cei care parasesc sistemul de protectie a copilului si nu realizeaza venituri din munca sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat in temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificarile si completarile ulterioare; sotul, sotia si parintii fara venituri proprii, aflati in intretinerea unei persoane asigurate;

c) persoanele ale caror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege 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 Ordonanta Guvernului nr. 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 cu modificari si completari prin Legea nr. 189/2000, cu modificarile si completarile ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoasterea si acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagii militare in cadrul Directiei Generale a Serviciului Muncii in perioada 1950 – 1961, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si persoanele prevazute la art. 3 alin. (1) lit. b) din Legea recunostintei fata de eroii martiri si luptatorii care au contribuit la victoria Revolutiei romane din decembrie 1989 nr.

341/2004, 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, cu exceptia celor obtinute in baza Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 102/1999 privind protectia speciala si incadrarea in munca a persoanelor cu handicap, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 519/2002, cu modificarile si completarile ulterioare;

e) bolnavii cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate stabilite de **Ministerul Sanatatii Publice**, pana la vindecarea respectivei afectiuni, daca nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte resurse;

f) femeile insarcinate si lauzele, daca nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de baza minim brut pe tara.

(2) Sunt asigurate persoanele aflate in una dintre urmatoarele situatii, pe durata acesteia, cu plata contributiei din alte surse, in conditiile prezentei legi:

a) satisfac serviciul militar in termen;

b) se afla in concediu pentru incapacitate temporara de munca, acordat in urma unui accident de munca sau a unei boli profesionale;

c) se afla in concediu pentru cresterea copilului pana la implinirea varstei de 2 ani si in cazul copilului cu handicap, pana la implinirea de catre copil a varstei de 3 ani;

d) executa o pedeapsa privativa de libertate sau se afla in arest preventiv;

e) persoanele care beneficiaza de indemnizatie de somaj;

f) sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane si se afla in timpul procedurilor necesare stabilirii identitatii;

g) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificarile si completarile ulterioare;

h) pensionarii, pentru veniturile din pensii pana la limita supusa impozitului pe venit;

i) persoanele care se afla in executarea masurilor prevazute la art. 105, 113, 114 din Codul penal; persoanele care se afla in perioada de amanare sau intrerupere a executarii pedepsei privative de libertate, daca nu au venituri.

(3) Persoanele care au calitatea de asigurat fara plata contributiei vor primi un document justificativ special, carnet sau adeverinta de asigurat fara plata contributiei eliberat de casa de asigurari de sanatate, care atesta aceasta calitate in urma prezentarii la casa de asigurari a documentelor care dovedesc ca se incadreaza in prevederile alin. (1) sau alin. (2). Acest document va fi vizat periodic, dupa caz, in urma prezentarii, de catre persoana interesata, la casa de asigurari, a documentelor care dovedesc mentinerea conditiilor de incadrare in categoria asiguratilor fara plata contributiei, in conditiile stabilite prin ordin al presedintelui CNAS.

(4) Categoriile de persoane care nu sunt prevazute la alin. (1) si (2) au obligatia sa se asigure in conditiile art. 211 si sa plateasca contributia la asigurarile sociale de sanatate in conditiile prezentei legi.

#### ART. 214

(1) Persoanele asigurate din statele cu care Romania a incheiat documente internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza de servicii medicale si alte prestatii acordate pe teritoriul Romaniei, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

(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, fara a solicita viza de lunga sedere;
- c) cetatenii romani cu domiciliul in strainatate care se afla temporar in tara.

#### ART. 215

(1) Obligatia virarii contributiei pentru asigurarile sociale de sanatate revine persoanei juridice sau fizice care angajeaza persoane pe baza de contract individual de munca ori in baza unui statut special prevazut de lege, precum si persoanelor fizice, dupa caz.

(2) Persoanele juridice sau fizice la care isi desfasoara activitatea asiguratii sunt obligate sa depuna lunar la casele de asigurari alese in mod liber de asiguratii declaratii nominale privind obligatiile ce le revin fata de fond si dovada platii contributiilor.

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

#### ART. 216

In cazul neachitarii la termen, potrivit legii, a contributiilor datorate fondului de catre persoanele fizice, altele decat cele pentru care colectarea veniturilor se face de Agentia Nationala de Administrare Fiscala, denumita in continuare ANAF, CNAS, prin casele de asigurari sau persoane fizice ori juridice specializate, procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru incasarea sumelor cuvenite bugetului fondului si a majorarilor de intarziere in conditiile Ordonantei Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedura fiscala, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

### SECTIUNEA a 2-a

#### Drepturile si obligatiile asiguratilor

#### ART. 217

(1) Asiguratii au dreptul la un pachet de servicii de baza in conditiile prezentei legi.

(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 Medicilor Dentisti din Romania, denumit in continuare CMDR, Colegiului Farmacistilor din Romania, denumit in continuare CFR, Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania, denumit in continuare OAMMR, Ordinului Biochimistilor, Biologilor si Chimistilor, denumit in continuare OBBC, precum si a organizatiilor patronale si sindicale reprezentative din domeniul medical, pana la data de 31 octombrie a anului in curs pentru anul urmator. Proiectul se avizeaza de **Ministerul Sanatatii Publice** si se aproba prin hotarare a Guvernului. In cazul nefinalizarii elaborarii contractului-cadru in termenul prevazut, se prelungeste prin hotarare a Guvernului aplicabilitatea contractului-cadru din anul in curs.

(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 asiguratii, 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) masuri de ingrijire la domiciliu si de recuperare;
- h) conditiile acordarii serviciilor la nivel regional si lista serviciilor care se pot contracta la nivel judetean, precum si a celor care se pot contracta la nivel regional;
- i) prescrierea si eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor si a ortezelor, a dispozitivelor medicale;
- j) modul de informare a asiguratilor;
- k) coplata pentru unele servicii medicale.

(4) **Ministerul Sanatatii Publice** impreuna cu CNAS sunt abilitate sa organizeze licitatii si alte proceduri de achizitii publice in vederea derularii programelor nationale de sanatate, in conditiile legii.

(5) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, cu consultarea CMR, CFR, CMDR, OAMMR, OBBC, precum si a organizatiilor patronale si sindicale reprezentative din domeniul medical, pana la 15 decembrie a anului in curs pentru anul urmator, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui CNAS.

(6) In cazul nefinalizarii normelor metodologice, **Ministerul Sanatatii Publice** le va elabora si le va aproba prin ordin in termen de 5 zile de la data expirarii termenului prevazut la alin. (5).

#### ART. 218

(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 lege.

(2) Asiguratii au urmatoarele drepturi:

- a) sa aleaga furnizorul de servicii medicale, precum si casa de asigurari de sanatate la care se asigura, in conditiile prezentei legi si ale contractului-cadru;
- b) sa fie inscrisi pe lista unui medic de familie pe care il solicita, daca indeplinesc toate conditiile prezentei legi, 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 6 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 efectueze controale profilactice, in conditiile stabilite prin contractul-cadru;
- 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 in spitale aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;
- 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;
- l) sa beneficieze de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;
- m) sa li se garanteze confidentialitatea privind datele, in special in ceea ce priveste diagnosticul si tratamentul;
- n) sa aiba dreptul la informatie in cazul tratamentelor medicale;
- o) sa beneficieze de concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in conditiile legii.

(3) Asiguratii prevazuti in Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificarile si completarile ulterioare, si in Legea nr. 360/2002 privind Statutul politistului, cu modificarile si completarile ulterioare, beneficiaza de asistenta medicala gratuita, respectiv servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, suportate din fond, in conditiile contractului-cadru si din bugetele ministerelor si institutiilor respective, in conditiile platii contributiei de asigurari sociale de sanatate.

(4) Personalitatile internationale cu statut de demnitar primesc asistenta medicala de specialitate in unitati sanitare nominalizate prin ordin al ministrului sanatatii publice.

#### ART. 219

Obligatiile asiguratilor pentru a putea beneficia de drepturile prevazute la art. 218 sunt urmatoarele:

- a) sa se inscrie pe lista unui medic de familie;
- 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 a 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 medico-sanitar;
- g) sa achite contributia datorata fondului si suma reprezentand coplata, in conditiile stabilite prin contractul-cadru;
- h) sa prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atesta calitatea de asigurat.

#### ART. 220

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 si cele prevazute in Programul national de imunizari, monitorizarea evolutiei sarcinii si a lauzei, servicii de planificare familiala in conditiile art. 223, in cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

ART. 221

Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care insoteste copilul internat in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorul persoanei cu handicap grav internate se suporta de catre casele de asigurari, daca medicul considera necesara prezenta lor pentru o perioada determinata.

ART. 222

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 personala si a modalitatii de plata, precum si asupra drepturilor si obligatiilor sale.

CAP. 3

Servicii medicale suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate

SECTIUNEA 1

Servicii medicale profilactice

ART. 223

(1) In scopul prevenirii imbolnavirilor, al depistarii precoce a bolii si al pastrarii sanatatii, asiguratii, direct sau prin intermediul medicilor cu care casele de asigurari se afla in relatii contractuale, 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 care 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. 224

Serviciile medicale stomatologice preventive se suporta din fond, 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. 225

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

SECTIUNEA a 2-a

Servicii medicale curative

ART. 226

(1) Asiguratii au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicatiilor ei, pentru recuperarea sau cel putin pentru ameliorarea suferintei, dupa caz.

(2) Tratamentul medical se aplica de catre medici sau asistenti medicali si de alt personal sanitar, la indicatia si sub supravegherea medicului.

ART. 227

(1) Serviciile medicale curative ale caror costuri sunt suportate din fond sunt:

- a) serviciile medicale de urgenta;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave pana la diagnosticarea afectiunii: anamneza, examen clinic, examene de investigatii paraclinice;
- c) tratamentul medical, chirurgical si unele proceduri de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecarii, inclusiv indicatiile privind regimul de viata si munca, precum si cel igienico-dietetic.

(2) Asiguratii beneficiaza de activitati de suport, in conditiile legii.

(3) Detalierea serviciilor prevazute la alin. (1) si (2) si modalitatile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.

ART. 228

(1) Asiguratii au dreptul la asistenta medicala primara si de specialitate ambulatorie la indicatia medicului de familie, in conditiile contractului-cadru.

(2) Asiguratii primesc asistenta medicala de specialitate in spitale autorizate si evaluate.

(3) Serviciile spitalicesti se acorda prin spitalizare si cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratament medical si/sau tratament chirurgical, ingrijire, recuperare, medicamente si materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa.

(4) Asistenta medicala de recuperare se acorda pentru o perioada de timp si dupa un ritm stabilite de medicul curant in unitati sanitare autorizate si evaluate.

(5) Servicii si ingrijiri medicale la domiciliu se acorda de furnizori evaluati si autorizati in acest sens.

ART. 229

Serviciile medicale stomatologice se acorda de catre medicul de medicina dentara in cabinete medicale autorizate si evaluate conform legii.

ART. 230

Asiguratii beneficiaza de tratamente stomatologice care se suporta din fond in conditiile stabilite prin contractul-cadru.

### SECTIUNEA a 3-a

Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si alte mijloace terapeutice

ART. 231

Asiguratii beneficiaza de medicamente cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala pentru medicamentele cuprinse in lista de medicamente prevazuta la art. 232. Modalitatile de prescriere si eliberare a medicamentelor se prevad in contractul-cadru.

ART. 232

(1) Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala se elaboreaza de catre **Ministerul Sanatatii Publice** si CNAS, cu consultarea CFR, si se aproba prin hotarare a Guvernului.

(2) In lista se pot include numai medicamente prevazute in Nomenclatorul de produse.

ART. 233

(1) Contravaloarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor categoriilor de persoane prevazute la art. 213 alin. (1) lit. a) si pentru femeile gravide si lauze se suporta din fond, la nivelul pretului de referinta sau al pretului de decontare.

(2) Valoarea medicamentelor prevazute la art. 232 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor prevazute in actele normative de la art. 213 alin. (1) lit. c) si d), se suporta din fond, la nivelul pretului de referinta, in conditiile contractului-cadru.

(3) Asiguratii au dreptul la materiale sanitare si dispozitive medicale pentru corectarea vazului, auzului, pentru protezarea membrului si la alte materiale de specialitate, in scopul protezarii unor deficiente organice sau fiziologice, pentru o perioada determinata sau nedeterminata, pe baza prescriptiilor medicale, cu sau fara contributie personala, in conditiile prevazute in contractul-cadru.

(4) Asiguratii beneficiaza de proceduri fizioterapeutice, pe baza recomandarilor medicale, cu sau fara contributie personala, in conditiile prevazute in contractul-cadru.

(5) Asiguratii beneficiaza de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si de alte mijloace terapeutice prevazute in normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

### SECTIUNEA a 4-a

Servicii medicale de ingrijiri la domiciliu si alte servicii speciale

ART. 234

(1) Asiguratii au dreptul sa primeasca unele servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, acordate de un furnizor autorizat si evaluat in conditiile legii.

(2) Conditiiile acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se stabilesc prin contractul-cadru.

ART. 235

Serviciile de transport sanitar, necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suporta din fond. Asiguratii au dreptul la transport sanitar in urmatoarele situatii:

a) urgente medico-chirurgicale;

b) cazurile prevazute in contractul-cadru.

### SECTIUNEA a 5-a

Servicii medicale acordate asiguratilor pe teritoriul altor state

ART. 236

(1) Persoanele asigurate in sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania, aflate pe teritoriul

statelor cu care Romania a incheiat documente internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul acestor state, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

(2) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte este efectuata de casele de asigurari de sanatate prin intermediul CNAS.

(3) Pentru efectuarea operatiunilor prevazute la alin. (2) CNAS poate deschide conturi la o institutie bancara in care casele de asigurari vor vira sumele reprezentand cheltuielile ocazionate de acordarea serviciilor medicale si a altor prestatii persoanelor mentionate la alin. (1), in conditiile documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte. Metodologia de efectuare a acestor plati se stabileste prin ordin al presedintelui CNAS cu avizul Ministerului Finantelor Publice.

#### SECTIUNEA a 6-a

Servicii medicale care nu sunt suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate

##### ART. 237

(1) Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportata de asigurat, de unitatile care le solicita sau alte surse, dupa caz, sunt:

- a) serviciile medicale acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;
  - b) unele servicii medicale de inalta performanta;
  - c) unele servicii de asistenta stomatologica;
  - d) serviciile hoteliere cu grad inalt de confort;
  - e) corectiile estetice efectuate persoanelor cu varsta de peste 18 ani;
  - f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport;
  - g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritatile care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor;
  - h) fertilizarea in vitro;
  - i) transplantul de organe si tesuturi, cu exceptia cazurilor prevazute in Programul National, aprobat de Agentia Nationala de Transplant si CNAS;
  - j) asistenta medicala la cerere;
  - k) contravaloarea unor materiale necesare corectarii vazului si auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
  - l) contributia personala din pretul medicamentelor, a unor servicii medicale si a dispozitivelor medicale;
  - m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
  - n) unele proceduri de recuperare si de fizioterapie;
  - o) serviciile nemedicale efectuate in unitati medico-sociale;
  - p) serviciile acordate in cadrul sectiilor/clinicilor de boli profesionale si al cabinetelor de medicina a muncii;
  - q) serviciile hoteliere solicitate de pacientii ale caror afectiuni se trateaza in spitalizare de zi.
- (2) Serviciile prevazute la alin. (1) lit. b), c), f), i) si n) si contributia personala prevazuta la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin contractul-cadru.

#### SECTIUNEA a 7-a

Asigurarea calitatii

##### ART. 238

Asigurarea calitatii serviciilor din pachetul de baza pentru asigurati revine CNAS prin respectarea urmatoarelor masuri:

- a) acceptarea incheierii de contracte numai cu furnizori autorizati si evaluati conform legii;
- 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 **Ministerul Sanatatii Publice** si CNAS;
- 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. 239

(1) Criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguratilor se elaboreaza de **Ministerul Sanatatii Publice** si CNAS si se refera la diagnostic si tratamentul medico-chirurgical si stomatologic.

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

##### ART. 240

In vederea respectarii calitatii serviciilor medicale furnizate asiguratilor CNAS si casele de asigurari organizeaza controlul activitatii medicale pe baza criteriilor prevazute la art. 238 si 239.

#### SECTIUNEA a 8-a

Actiuni comune pentru sanatate

##### ART. 241

**Ministerul Sanatatii Publice** 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.

##### ART. 242

(1) **Ministerul Sanatatii Publice** organizeaza impreuna cu CNAS licitatii la nivel national si alte proceduri de achizitii publice pentru achizitionarea medicamentelor si materialelor specifice pentru consumul in spitale si in ambulatoriu, in vederea realizarii programelor nationale curative 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 nationale curative de sanatate se asigura prin farmaciile apartinand unitatilor sanitare prin care acestea se deruleaza sau alte farmacii, dupa caz.

(3) CNAS poate achizitiona servicii medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale, aferente programelor nationale curative de sanatate si tratamentelor ambulatorii.

##### ART. 243

CNAS poate elabora, pentru furnizorii aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, protocoale de practica, ca baza de decontare pentru servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, cu consultarea CMR, CFR, CMDR si OAMMR.

#### SECTIUNEA a 9-a

Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente si materiale sanitare

##### ART. 244

(1) Pot intra in relatie contractuala cu casele de asigurari numai furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, care indeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS si **Ministerul Sanatatii Publice**.

(2) Procesul de evaluare cuprinde cabinetele medicale, ambulatoriile de specialitate, spitalele, farmaciile, furnizorii de ingrijiri la domiciliu, furnizorii de dispozitive medicale, furnizorii de servicii medicale de urgenta prespitaliceasca si transport sanitar, precum si alte persoane fizice sau juridice autorizate in acest sens de **Ministerul Sanatatii Publice**.

(3) Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, prevazuti la alin. (2), se face la nivel national sau judetean.

(4) Comisiile de evaluare la nivel national sunt formate din reprezentanti ai **Ministerului Sanatatii Publice**, CNAS, iar la nivel judetean comisiile de evaluare sunt formate din reprezentanti ai directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti si reprezentanti ai caselor de asigurari si, dupa caz, ai ministerelor si institutiilor cu retele sanitare proprii.

(5) Regulamentul de functionare a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, prevazuti la alin. (2), se elaboreaza de comisiile nationale si se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui CNAS. Standardele de evaluare elaborate de comisiile nationale de evaluare se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui CNAS.

(6) Metodologia si nivelul de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente, prevazuti la alin. (2), se elaboreaza si se stabilesc de catre comisiile organizate la nivel national si se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui CNAS.

(7) Finantarea activitatii desfasurate in vederea evaluarii se suporta proportional de catre institutiile si asociatiile care desemneaza persoane in comisiile prevazute la alin. (4).

##### CAP. 4

Relatiile caselor de asigurari sociale de sanatate cu furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale si de medicamente

##### ART. 245

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

a) unitatile sanitare publice sau private, organizate conform prevederilor legale in vigoare, autorizate si

evaluate in conditiile legii;

b) farmaciile, distribuitorii si producatorii de medicamente si materiale sanitare;

c) alte persoane fizice si juridice care furnizeaza servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale.

ART. 246

(1) Relatiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive 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, medicamente si dispozitive 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, atat pentru furnizor, cat si pentru personalul medico-sanitar angajat. Nivelul limitelor de asigurare pe categorii de furnizori care intra in relatii contractuale cu casele de asigurari se stabileste de CNAS cu avizul CMR, CFR, CMDR, OAMMR si OBBC, dupa caz. Societatile de asigurari care ofera asigurari de raspundere civila in domeniul medical trebuie sa fie autorizate de Comisia de Supraveghere a Asigurarilor.

(3) CNAS poate stabili relatii contractuale directe cu furnizorii de servicii medicale de dializa. Durata acestor contracte este de un an si poate fi prelungita prin acte aditionale pentru anii urmasori, in limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, cu respectarea dispozitiilor legale in vigoare.

(4) Furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale au obligatia de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari documentele justificative si actele de evidenta financiar-contabila privind sumele decontate din fond.

ART. 247

Furnizorii de servicii medicale incheie cu casele de asigurari contracte anuale pe baza modelelor de contracte prevazute in normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, in cuprinsul carora pot fi prevazute si alte clauze suplimentare, negociate, in limita prevederilor legale in vigoare.

ART. 248

Refuzul caselor de asigurari de a incheia contracte cu furnizorii pentru serviciile medicale din pachetele de servicii, denuntarea unilateral 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. 249

(1) Casele de asigurari incheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive 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 si **Ministerul Sanatatii Publice**.

(3) Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum si modalitatea de incheiere a contractelor de furnizare de servicii cu mai multe case de asigurari dintr-o anumita regiune se stabilesc prin contractul-cadru.

ART. 250

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale cuprind si obligatiile partilor legate de derularea in conditii optime a clauzelor contractuale, 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.

(2) Decontarea serviciilor medicale si a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se face in luna ianuarie a anului urmasor.

ART. 251

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. 252

(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;

b) in asistenta medicala din spitale si alte unitati sanitare publice sau private, in afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical;

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 decontare, pentru medicamentele la care nu se stabileste pret de referinta, din lista aprobata prin ordin al ministrului sanatatii publice;

f) prin pret de referinta pentru unele servicii medicale sau prin pret de referinta prevazut in lista de materiale sanitare si de dispozitive medicale sau, dupa caz, prin suma de inchiriere pentru cele acordate

pentru o perioada determinata.

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

ART. 253

Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor si dispozitivelor medicale se face in baza contractelor incheiate intre casele de asigurari si furnizorii de servicii medicale, indiferent de casa de asigurari unde este luat in evidenta asiguratul, pe baza documentelor justificative stabilite prin contractul-cadru.

ART. 254

Asistenta medicala si ingrijirile medicale la domiciliul asiguratului se contracteaza de casele de asigurari cu furnizori autorizati si evaluati in conditiile legii.

ART. 255

Asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca si serviciile de transport medical se acorda prin unitati medicale specializate autorizate si evaluate.

CAP. 5

Finantarea serviciilor medicale, a medicamentelor si dispozitivelor medicale

SECTIUNEA 1

Constituirea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate

ART. 256

(1) Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate se formeaza din:

a) contributiile ale persoanelor fizice si juridice;

b) subventii de la bugetul de stat;

c) dobanzi, donatii, sponsorizari, venituri obtinute din exploatarea patrimoniului CNAS si caselor de asigurari, precum si alte venituri, in conditiile legii.

(2) Colectarea contributiilor persoanelor juridice si fizice care au calitatea de angajator se face de catre Ministerul Finantelor Publice, prin ANAF, in contul unic deschis pe seama CNAS in conditiile legii, iar colectarea contributiilor persoanelor fizice, altele decat cele pentru care colectarea veniturilor se face de catre ANAF, se efectueaza de catre casele de asigurari.

(3) Sumele colectate in contul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate in conditiile prevazute la alin. (2) sunt in permanenta la dispozitia CNAS si se repartizeaza de ordonatorul principal de credite proportional cu sumele stabilite prin legile bugetare anuale, pe fiecare domeniu de asistenta medicala.

(4) In mod exceptional, in situatii motivate, pentru acoperirea deficitului bugetului Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, dupa epuizarea fondului de rezerva veniturile bugetului fondului se completeaza cu sume care se aloca de la bugetul de stat.

(5) Cota de contributie pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate, destinata exclusiv finantarii cheltuielilor cu plata acestor drepturi, este de 0,75%, aplicata la fondul de salarii sau, dupa caz, la drepturile reprezentand indemnizatie de somaj ori asupra veniturilor supuse impozitului pe venit, si se achita la bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, in conditiile legii.

ART. 257

(1) Persoana asigurata are obligatia platii unei contributii banesti lunare pentru asigurarile de sanatate, cu exceptia persoanelor prevazute la art. 213 alin. (1).

(2) Contributia lunara a persoanei asigurate se stabileste sub forma unei cote de 6,5%, care se aplica asupra:

a) veniturilor din salarii sau asimilate salariilor care se supun impozitului pe venit;

b) veniturilor impozabile realizate de persoane care desfasoara activitati independente care se supun impozitului pe venit; daca acest venit este singurul asupra caruia se calculeaza contributia, aceasta nu poate fi mai mica decat cea calculata la un salariu de baza minim brut pe tara, lunar;

c) veniturilor din agricultura supuse impozitului pe venit si veniturilor din silvicultura, pentru persoanele fizice care nu au calitatea de angajator si nu se incadreaza la lit. b);

d) indemnizatiilor de somaj;

e) veniturilor din cedarea folosintei bunurilor, veniturilor din dividende si dobanzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuala realizate in mod individual si/sau intr-o forma de asociere si altor venituri care se supun impozitului pe venit numai in cazul in care nu realizeaza venituri de natura celor prevazute la lit. a) – d), dar nu mai putin de un salariu de baza minim brut pe tara, lunar;

f) veniturilor realizate din pensii.

(3) In cazul persoanelor care realizeaza in acelasi timp venituri de natura celor prevazute la alin. (2) lit. a) – d), contributia se calculeaza asupra tuturor acestor venituri.

(4) In cazul persoanelor care realizeaza venituri de natura celor prevazute la alin. (2) lit. c) sub nivelul salariului de baza minim brut pe tara si care nu fac parte din familiile beneficiare de ajutor social,

contributia lunara de 6,5% datorata se calculeaza asupra sumei reprezentand o treime din salariul de baza minim brut pe tara.

(5) Contributiile prevazute la alin. (2) si (4) se platesc dupa cum urmeaza:

- a) lunar, pentru cele prevazute la alin. (2) lit. a), d) si f);
- b) trimestrial, pentru cele prevazute la alin. (2) lit. b) si la alin. (4);
- c) anual, pentru cele prevazute la alin. (2) lit. c) si e).

(6) Contributia de asigurari sociale de sanatate nu se datoreaza asupra sumelor acordate in momentul disponibilizarii, venitului lunar de completare sau platilor compensatorii, potrivit actelor normative care reglementeaza aceste domenii, precum si asupra indemnizatiilor reglementate de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile ulterioare.

(7) Obligatia virarii contributiei de asigurari sociale de sanatate revine persoanei juridice sau fizice care plateste asiguratilor veniturile prevazute la alin. (2) lit. a), d) si f), respectiv asiguratilor pentru veniturile prevazute la alin. (2) lit. b), c) si e).

(8) Termenul de prescriptie a platii contributiei de asigurari sociale de sanatate se stabileste in acelasi mod cu cel prevazut pentru obligatiile fiscale.

ART. 258

(1) Persoanele juridice sau fizice la care isi desfasoara activitatea asiguratii au obligatia sa calculeze si sa vireze la fond o contributie de 7% asupra fondului de salarii, datorata pentru asigurarea sanatatii personalului din unitatea respectiva.

(2) Prin fond de salarii realizat, in sensul prezentei legi, se intelege totalitatea sumelor utilizate de o persoana fizica si juridica pentru plata drepturilor salariale sau asimilate salariilor.

(3) Nerespectarea prevederilor art. 257 alin. (1) duce la diminuarea pachetului de servicii de baza, potrivit prevederilor art. 220. Diminuarea pachetului de servicii de baza are loc dupa 3 luni de la ultima plata a contributiei.

(4) Pentru perioada in care angajatorii suporta indemnizatia pentru incapacitate temporara de munca, acestia au obligatia de a plati contributia de 7% raportata la fondul de salarii, pentru salariatii aflati in aceasta situatie.

ART. 259

(1) Pentru beneficiarii indemnizatiei de somaj contributia se calculeaza si se vireaza odata cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza de catre cei care efectueaza plata acestor drepturi.

(2) Pentru pensionari contributia datorata de acestia se aplica numai la veniturile din pensiile care depasesc limita supusa impozitului pe venit, se calculeaza pentru diferenta intre cuantumul pensiei si aceasta limita si se vireaza odata cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza de catre cei care efectueaza plata acestor drepturi.

(3) Incepand cu 1 ianuarie 2007 contributia pentru veniturile din pensii se datoreaza si se calculeaza potrivit alin. (2), precum si asupra sumei neimpozabile din pensii prevazute de Legea nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificarile si completarile ulterioare. Contributia calculata asupra sumei neimpozabile din pensii se suporta de bugetul de stat.

(4) Persoanele care nu sunt salariate, dar au obligatia sa isi asigure sanatatea potrivit prevederilor prezentei legi, sunt obligate sa comunice direct casei de asigurari alese veniturile, pe baza contractului de asigurare, in vederea stabilirii si achitarii contributiei de 6,5%.

(5) Pentru lucramii migranti care isi pastreaza domiciliul sau resedinta in Romania, contributia lunara la fond se calculeaza prin aplicarea cotei de 6,5% la veniturile obtinute din contractele incheiate cu un angajator strain.

(6) Pentru persoanele care se asigura facultativ in conditiile art. 214 alin. (2), contributia lunara la fond se calculeaza prin aplicarea cotei de 13,5% la valoarea a doua salarii de baza minime brute pe tara, pentru un pachet de servicii stabilit prin contractul-cadru.

(7) Persoanele care au obligatia de a se asigura si nu pot dovedi plata contributiei sunt obligate, pentru a obtine calitatea de asigurat, sa achite contributia legala lunara pe ultimii 5 ani, incepand cu data primei solicitari de acordare a serviciilor medicale, calculata la salariul de baza minim brut pe tara in vigoare la data platii, sau de la data ultimei plati a contributiei, respectiv de la data cand plata contributiei era obligatorie daca perioada scursa este mai mica de 5 ani, calculandu-se majorari de intarziere.

(8) In situatia in care persoanele prevazute la alin. (7) au realizat venituri impozabile, contributia, precum si majorarile de intarziere aferente se vor calcula asupra acestor venituri pe perioada in care acestea au fost realizate, cu respectarea termenelor de prescriptie privind obligatiile fiscale.

(9) Persoanele care au obligatia sa se asigure, altele decat cele prevazute la alin. (7) si art. 257 si care nu se incadreaza in categoriile de persoane care beneficiaza de asigurarea de sanatate fara plata contributiei, platesc contributia lunara de asigurari sociale de sanatate calculata prin aplicarea cotei de 6,5% la salariul de baza minim brut pe tara.

(10) Strainii carora li s-a acordat una dintre formele de protectie prevazute la art. 1 lit. a), b) si c) din Ordonanta Guvernului nr. 102/2000\*) privind statutul si regimul refugiatilor in Romania, republicata, sunt

obligati, pentru a obtine calitatea de asigurat, sa plateasca contributia legala incepand cu data obtinerii respectivei forme de protectie.

(11) Strainii carora li s-a acordat, anterior intrarii in vigoare a legislatiei privind integrarea sociala a strainilor care au dobandit o forma de protectie in Romania, una dintre formele de protectie prevazute la art. 1 lit. a), b) si c) din Ordonanta Guvernului nr. 102/2000\*), republicata, sunt obligati, pentru a obtine calitatea de asigurat, sa plateasca contributia legala incepand cu data intrarii in vigoare a legislatiei privind integrarea sociala a strainilor care au dobandit o forma de protectie in Romania.

-----  
\*) Ordonanta Guvernului nr. 102/2000, republicata, a fost abrogata. A se vedea Legea nr. 122/2006.

#### ART. 260

(1) Contributia datorata pentru persoanele prevazute la art. 213 se suporta dupa cum urmeaza:

a) de catre bugetul de stat, pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. a), c), d), f) si i), iar pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. h) incepand cu 1 ianuarie 2007;

b) de catre bugetul asigurarilor sociale de stat, pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. b);

c) de catre bugetul asigurarilor de somaj, pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. e);

d) de catre bugetele locale, pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. g).

(2) Contributiile pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. a), c), d), f) si i) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5% asupra sumei reprezentand valoarea a doua salarii de baza minime brute pe tara.

(3) Contributiile pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. b) si e) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5% asupra indemnizatiei pentru incapacitate de munca datorata unui accident de munca sau unei boli profesionale, respectiv asupra indemnizatiei de somaj.

(4) Contributiile pentru persoanele prevazute la art. 213 alin. (2) lit. g) se stabilesc prin aplicarea cotei de 6,5% asupra ajutorului social acordat, in conditiile legii, pentru asigurarea venitului minim garantat.

#### ART. 261

(1) Angajatorii si asiguratii care au obligatia platii contributiei in conditiile prezentei legi si care nu o respecta datoreaza pentru perioada de intarziere majorari de intarziere in conditiile Codului de procedura fiscala.

(2) CNAS aproba norme privind desfasurarea activitatii de executare silita a creantelor datorate fondului de catre persoanele fizice, altele decat cele pentru care colectarea veniturilor se face de ANAF.

(3) \*\*\* Abrogat

(4) In cazul neachitarii in termen a contributiilor datorate fondului, aplicarea masurilor de executare silita pentru incasarea sumelor datorate si a majorarilor de intarziere se realizeaza potrivit procedurilor instituite de Legea nr. 571/2003, cu modificarile si completarile ulterioare, si Ordonanta Guvernului nr. 92/2003, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si normelor aprobate prin ordin al presedintelui CNAS, cu avizul consiliului de administratie.

(5) Persoanele prevazute la art. 257 si 258 au obligatia de a pune la dispozitia organelor de control ale ANAF sau ale caselor de asigurari, dupa caz, documentele justificative si actele de evidenta necesare in vederea stabilirii obligatiilor la fond.