



ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ
pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul
sănătății, în vederea eficientizării unor instituții și activități în acest domeniu

În vederea eficientizării activității instituțiilor din domeniul sanitar, în acord cu prioritățile Guvernului de reformă în administrația publică,

Ținând cont de urgența stabilirii unor măsuri economico-financiare la nivel teritorial, ca urmare a recesiunii economice severe care pune în pericol stabilitatea economică a României, și pentru asigurarea respectării angajamentelor asumate de Guvernul României cu ocazia negocierilor acordurilor de împrumut cu organismele financiare în ceea ce privește nivelul deficitului bugetului general consolidat, pentru anul 2010,

În vederea asigurării continuității tratamentului bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate în cadrul cărora sunt tratate afecțiuni cu impact major asupra stării de sănătate a populației precum HIV/SIDA, TBC, afecțiuni oncologice, diabet zaharat, insuficiență renală cronică, care pot determina consecințe deosebit de grave prin decesul pacienților;

Deoarece, în caz contrar, nu se pot asigura punerea în aplicare a Programului de guvernare acceptat de Parlament și îndeplinirea obligației statului de garantare a dreptului

constituțional al cetățenilor la ocrotirea sănătății, prin certificarea calității serviciilor de sănătate;

Având în vedere necesitatea implementării cardului de asigurări sociale de sănătate, fapt ce va determina o eficientizare a resurselor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate care vizează de asemenea interesul general public, implementare ce nu mai poate fi amânată,

Întrucât neadoptarea de măsuri imediate, prin ordonanță de urgență, ar conduce la reale dificultăți în ceea ce privește o funcționare optimă a întregii activități a spitalelor, precum și în asigurarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază și creșterea calității vieții,

În considerarea faptului că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență și extraordinare a căror reglementare nu poate fi amânată,

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Alineatul (2) al articolului 48, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate cuprinde obiectivele, structura acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare derulării programelor.”

2. Alineatul (2) al articolului 54, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Sumele alocate programelor naționale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.”

3. După articolul 189, se introduce un nou articol, art.189¹ cu următorul cuprins:

„ Art. 189¹ - (1) Veniturile realizate de unitățile sanitare publice în baza contractelor de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate nu pot fi utilizate pentru:

a) investiții în infrastructură;

b) dotarea cu echipamente medicale;

c) acoperirea cheltuielilor de personal peste limita maximă prevăzută la art. 197 alin. (2).

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) se suportă din alte surse, în condițiile prezentei legi.”

4. Alineatul (1) al articolului 212 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat, sau carnetul de asigurat eliberate prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul. După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate. Data de la care urmează să se utilizeze cardul național de asigurări sociale de sănătate se stabilește prin hotărâre a Guvernului.”

5. Alineatul (2) al articolului 217, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în

continuare CFR, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, denumit în continuare OAMMR, Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, până la 31 decembrie a anului în curs pentru următorii doi ani.”

6. Alineatul (6) al articolului 217, se abroga.

7. Alineatul (1) al articolului 244, se modifică și va avea următorul cuprins:

” (1) Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și Ministerul Sănătății pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.”

8. Articolul 245 partea introductivă se modifică astfel:

”Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:”

9. Alineatul (3) al articolului 256, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Din sumele colectate în contul fondului potrivit alin. (2), o cota de 60% se repartizează obligatoriu de către Ordonatorul principal de credite, caselor de asigurări de sănătate, proporțional cu veniturile realizate la nivel teritorial și rămân la dispoziția acestora. ”

10. Alineatul (1) al articolului 262, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Sumele colectate în condițiile art. 256 alin. (2), se utilizează astfel:

a) pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaționale cu parteneri în domeniul sănătății la care România este parte, în condițiile stabilite prin

contractul-cadru, de catre casele de asigurări de sănătate din sumele repartizate conform alin. (3) al art.256;

b) o cota de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS din care cel puțin 0,75% pentru casele de asigurări de sănătate .

Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%.

c) o cota de 37% ramane in contul CNAS.”

11. După alineatul (1) al articolului 262, se introduc două noi alinate, alin.(1¹) și (1²) cu următorul cuprins:

”(1¹) Sumele ramase conform alin. (1) lit. c) în contul CNAS se utilizează pentru:

a) o cota de 2% pentru constituirea fondului de rezervă, in conditiile prevazute la art. 256 alin (4¹)

b) o cota de 98% pentru constituirea fondului de redistribuire.

(1²) Fondul de redistribuire constituit în condițiile prevăzute la alin. (1¹) lit. b) se utilizează pentru echilibrarea bugetelor caselor de asigurări de sănătate.

Criteriile de alocare pe județe a fondului de redistribuire se elaborează de CNAS, se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS și se publică în Monitorul Oficial al României, partea I.”

12. Alineatul (2) ale articolului 265, se modifică și va avea următorul cuprins:

” (2) Sumele rămase neutilizate la nivelul CNAS la sfârșitul fiecărui an, se reportează în anul următor și se utilizează pentru destinațiile prevăzute la art. 262 alin. (1). ”

13. Alineatul (2) al articolului 268, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Membrii comisiilor de experți prevăzute la alin. (1) beneficiază de o indemnizație lunară de 1% din indemnizația președintelui CNAS, respectiv din salariul funcției de președinte-director general al casei de asigurări de sănătate, care se acordă

proporțional cu numărul de participări efective la ședințe. Indemnizațiile și cheltuielile de deplasare ocazionate de participarea în comisiile de experți sunt suportate de CNAS, respectiv de casa de asigurări de sănătate la nivelul căreia funcționează comisia. Regulamentul de organizare și funcționare și atribuțiile comisiilor de experți se stabilesc prin decizie al președintelui CNAS.”

14. Alineatul (1) al articolului 276, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 7 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează

a) 4 reprezentanți ai statului, dintre care unul este numit de Președintele României, iar trei sunt numiți de primul-ministru la propunerea ministrului sănătății;

b) 1 membru numit de către confederațiile patronale reprezentative la nivel național;

c) 1 membru numit de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;

d) 1 membru numit de primul-ministru, cu consultarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.”

15. După alineatul (2) al articolului 276, se introduce un nou alineat, alin.(3), cu următorul cuprins:

”(3) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit, iar pe funcțiile rămase vacante sunt numiți noi membri, până la expirarea mandatului în curs.”

16. Alineatul (2) al articolului 277, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Consiliul de administrație are un vicepreședinte ales de consiliul de administrație prin vot secret.”

17. Alineatul (1) al articolului 278, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 5 membri.”

18. Alineatul (5) al articolului 282, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, cu excepția președintelui și vicepreședintelui, beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din indemnizația președintelui CNAS, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.”

19. Alineatul (2) al articolului 287, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Mandatul membrilor consiliilor de administrație ale caselor de asigurări este de 4 ani. Membrii consiliilor de administrație ale caselor de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din salariul funcției de director general al casei de asigurări respective, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.”

20. Articolul 312, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar, ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății poate acorda stimulente în natură.

(3) În baza dispozițiilor alin. (1) și (2), consiliile locale și Ministerul Sănătății încheie cu medicii și cu personalul sanitar, beneficiar, un contract civil, cu o clauză de fidelitate în sarcina acestora, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani ”

21. În tot cuprinsul titlului VIII, cuvântul „vicepreședinți” se înlocuiește cu cuvântul „vicepreședinte”.

22. După alineatul (1) al art.330 se introduce un nou alineat, alin. (2), cu următorul cuprins:

„(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite pentru dovedirea calității de asigurat pentru furnizarea unor servicii medicale.”

23. Articolul 331 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 331 - (1) Informațiile minime care pot fi accesate de pe cardul național de asigurări sociale de sănătate sunt următoarele:

- a) numele, prenumele, precum și codul numeric personal ale asiguratului;
- b) cod unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- c) numărul de identificare al cardului național de asigurări sociale de sănătate .

(2) Pe cip-ul cardului național de asigurări sociale de sănătate vor fi înregistrate informațiile minime prevăzute la alin. (1), precum și următoarele informații:

- a) diagnostice medicale cu risc vital și boli cronice;
- b) grupa sanguină și Rh;
- c) acceptul exprimat, în timpul vieții, pentru prelevarea de organe, țesuturi și celule, după deces;
- d) medic de familie: nume, prenume, date contact.

(3) Diagnosticele medicale cu risc vital și bolile cronice care vor fi înregistrate pe cip-ul cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(4) Pe cardul național de asigurări sociale de sănătate datele medicale se înregistrează separat de datele administrate, iar accesul la acestea se face numai de persoane autorizate în acest scop.

(5) Informația prevăzută la alin. (2) lit.c) se va înregistra pe cip-ul cardului național de asigurări sociale de sănătate, sub condiția respectării dispozițiilor prevăzute la art.147 pct. 5.

(6) Accesul personalului medical la informațiile înregistrate pe cardul național de asigurări sociale de sănătate va fi stabilit prin Normele metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din Titlul IX „Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății”

24. Articolul 332 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 332 - (1) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se suportă atât de CNAS cât și de asigurat.

(2) Asiguratul suportă cheltuielile reprezentând contravaloarea cardului național de asigurări sociale de sănătate respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat precum și costurile aferente distribuției acestuia.”

25. Articolul 333 se modifică și va avea următorul cuprins :

”Art.333 - (1) Componenta informatică a cardului național de asigurări sociale de sănătate este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se eliberează și se administrează prin utilizarea serviciilor de operare și management al unei unități specializate în acest scop și numai prin intermediul sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate. CNAS eliberează și administrează cardul național de asigurări sociale de sănătate și are calitatea de operator de date cu caracter personal pentru datele menționate.”

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în cardul național de asigurări sociale de sănătate se face în condițiile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu

modificările și completările ulterioare, iar prin Normele metodologice menționate la art. 331 alin. (6) va fi stabilită modalitatea de exercitare a dreptului de acces la datele cu caracter personal legate de starea de sănătate de către persoana asigurată.”

26.Articolul 335 se modifică și va avea următorul cuprins :

” Art.335 - (1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și titularii cardului național de asigurări sociale de sănătate au obligația de a solicita, și respectiv de a prezenta acest document, la data acordării asistenței medicale, în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestui contract.

(2) Alte obligații ale furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale privind implementarea sistemului cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a dispozițiilor din cuprinsul prezentului capitol.”

27.Articolul 336 se modifică și va avea următorul cuprins :

”Art.336 - (1) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite individual pentru fiecare asigurat cu vârsta de peste 18 ani, așa cum este reglementat la art.211 alin.(1), art.213 și art.215.

(2) Asigurații cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în baza documentelor care atestă că se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 213 alin.(1) lit.a).

(3) Persoanele asigurate prevăzute la alin.(1) au obligația prezentării cardului național de asigurări sociale de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate conduce la acordarea acestor servicii numai contra-cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 220.”

28. Articolul 338 se modifică și va avea următorul cuprins :

” Art.338 - În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate vor fi prevăzute sume pentru cardul național de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu dispozițiile art. 332.”

29. După articolul 338 se introduce, un nou articol, art. 338¹, cu următorul cuprins:

„Art. 338¹ - (1) Producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Compania Națională „Imprimeria Națională” – S.A.

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

(3) Echipamentele și aplicațiile de personalizare necesare potrivit alin.(2) precum și serviciile pentru funcționarea neîntreruptă a acestora se asigură de către Compania Națională „Imprimeria Națională” – S.A.”

30. După alineatul (1) al articolului 683, se introduce un nou alineat, alin.(1¹) cu următorul cuprins:

”(1¹)SNSPMPDSB funcționează în coordonarea Ministerului Sănătății, iar coordonarea academică se stabilește prin hotărâre a Guvernului.”

31. În tot cuprinsul titlului XVI sintagma „Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar” se înlocuiește cu „ Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în domeniul sanitar București.

Art.II - În termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor supune aprobării prin hotărâre a Guvernului, norme metodologice de aplicarea prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate la Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal.

Art. III - (1) Prevederile art. 277 alin. (2) din Legea nr. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sanatații, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificat potrivit art.I, pct. 16 din prezenta ordonanța de urgență se aplică de la data încetării, în cazurile și situațiile prevăzute de lege, a mandatelor aflate în curs la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Începând cu data de 15 ianuarie 2011, consiliul de administrație are un singur vicepreședinte.

(3) Consiliul de administrație al CNAS se reorganizează potrivit prevederilor prezentei ordonanțe de urgență în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a acesteia.


ART. IV - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu modificările și completările aduse prin prezenta ordonanță de urgență, se va republica în Monitorul Oficial al României, Partea I, dându-se textelor o nouă

numerotare.

PRIM-MINISTRU


EMIL BOC

Contrasemnează:


Ministrul sănătății

Oseke Attila

Ministrul finanțelor publice

Gheorghe Ialomițianu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

București, 28.12.2010

Nr. 133


Nicolae Lucian Duță