



27.6.10.2016

Parlamentul României

Senat

Comisia pentru sănătate publică

Nr XXXII/ 411/5.09.2016

R A P O R T asupra

Propunerii legislative pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății (L275/2016)

În conformitate cu prevederile art.68 din Regulamentul Senatului, republicat, Comisia pentru sănătate publică, prin adresa nr. **L 275** din data de 07.06.2016, a fost sesizată de către Biroul permanent al Senatului, în vederea dezbaterii și elaborării raportului asupra **Propunerea legislativă pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății (L275/2016)**, inițiatori: Bădălău Niculae - senator PSD; Bodog Florian Dorel - senator PSD; Ichim Paul - senator PNL; László Attila - senator UDMR; Luchian Ion - senator PNL; Nicoară Marius-Petre - senator PNL; Popa Florian - senator PSD; Benga Ioan - deputat PSD; Bogdănici Camelia-Margareta - deputat UNPR; Bónis István - deputat UDMR; Buicu Corneliu-Florin - deputat PSD; Chiriță Dumitru - deputat PSD; Ciofu Tamara-Dorina - deputat PSD; Crăciunescu Grigore - deputat PNL; Cristian Horia - deputat PNL; Delureanu Virgil - deputat PSD; Dîrzu Ioan - deputat PSD; Dobre Mircea-Titus - deputat PSD; Drăghici Sonia-Maria - deputat PSD; Florea Daniel - deputat PSD; Gliga Vasile Ghiorghe - deputat PSD; Iacoban Sorin-Avram - deputat PSD; Intotero Natalia-Elena - deputat PSD; Irimie Vicențiu-Mircea - deputat PC; Itu Cornel - deputat PSD; Khraibani Camelia - deputat PSD; Marin Laura - deputat PSD; Movilă Petru - deputat Independent; Munteanu Ioan - deputat PSD; Nica Nicolae-Ciprian - deputat PSD; Nistor Laurențiu - deputat PSD; Niță Emil - deputat PSD; Pană Adriana-Doina - deputat PSD; Podașcă Gabriela-Maria - deputat PSD; Potor Călin - deputat PSD; Roman Ioan Sorin - deputat PSD; Roșca Lucreția - deputat PSD; Smarandache Miron Alexandru - deputat PSD; Stragea Sorin Constantin - deputat PSD; Ștefănescu Elena Cătălina - deputat PSD; Tîlvăr Angel - deputat PSD; Tudorie Violeta - deputat PSD.

Propunerea legislativă are ca obiect de reglementare modificarea și completarea Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, în scopul corelărilor dispozițiilor legale apărute în aplicarea prevederilor Legii nr.227/2015 privind Codul fiscal, necesitatea adoptării unor modificări și completări ale Titlului XIII – Exercițarea profesiei de medic dentist și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor Dentiști din România, precum și armonizarea prevederilor Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu o serie de acte normative

apărute ulterior, care vizează actualizarea unor noțiuni, reglementarea restricționării distribuției de medicamente în afara teritoriului României.

Consiliul Legislativ a analizat și avizat favorabil propunerea legislativă cu observații și propuneri.

Comisia pentru drepturile omului, culte și minorități a avizat favorabil actul normativ.

La dezbaterile propunerii legislative au participat, în conformitate cu prevederile art.61 din Regulamentul Senatului, republicat, doamna Corina Pop - secretar de stat la Ministerul Sănătății și doamna Ecaterina Ionescu – președinte Colegiul Medicilor Dentiști din România.

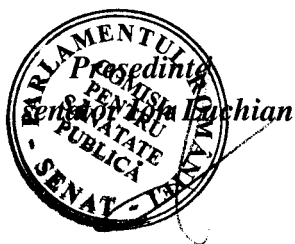
În cadrul dezbaterilor s-au formulat amendamente care, supuse votului, au fost adoptate și se regăsesc în Anexa ce face parte integrantă din prezentul raport. Menționăm că amendamentele sunt de competența decizională a Camerei Deputaților.

În ședința din data de 5.09.2016 membrii Comisiei pentru sănătate publică au hotărât, cu majoritate de voturi, să adopte **un raport de admitere cu amendamente admise prevăzute în Anexa**, ce face parte integrantă din prezentul raport.

Comisia pentru sănătate publică supune spre dezbateră și adoptare Plenului Senatului, **raportul de admitere cu amendamente și propunerea legislativă.**

În raport cu obiectul de reglementare, propunerea legislativă face parte din categoria **legilor ordinare** și urmează a fi adoptată în conformitate cu prevederile art.76 alin (2) din Constituție.

Potrivit art.75 alin.(1) din Constituția României, republicată, și ale art.89 alin.(7) pct.1 din Regulamentul Senatului, republicat, **Senatul este primă Cameră sesizată.**



Secretar
senator **Florin Bodog**

Amendamente admise
la
Propunerea legislativă pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății
(L275/2016)

Nr.crt.	Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată	Propunere legislativă pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății	Amendamente adoptate de Comisia pentru sănătate publică	Motivare
1		12.La alineatul (7) al articolului 193, după litera d) se introduce o nouă literă, litera d¹), cu următorul cuprins: d ¹) închirierea unor bunuri imobile care nu mai sunt necesare desfășurării activității medicale, în condițiile legii."	12. La alineatul (7) al articolului 193, după litera d) se introduce o nouă literă, litera d¹), cu următorul cuprins: d ¹) închirierea unor bunuri imobile care nu mai sunt necesare desfășurării activității medicale, în condițiile legii, astfel încât aplicarea acestei prevederi să nu conducă la afectarea stării de sănătate a pacienților și activitatea medicală a unității sanitare."	Pentru claritatea textului , având în vedere faptul ca sintagma " in <i>conditiile legii</i> " este o sintagma generala si pentru a nu se îngrădi accesul asiguraților la servicii medicale în condițiile închirierii bunurilor imobile care nu mai sunt necesare desfășurării activității.
2	Art. 221 (1)În înțelesul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații: c)pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se	14.La alineatul (1) al articolului 221, literele c), d) și k) se modifică și vor avea următorul cuprins: c) pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au	14.La alineatul (1) al articolului 221, literele c), d) și k) se modifică și vor avea următorul cuprins: c)- nemodificat	Pentru a se utiliza terminologia prevăzută la art. 220 alin.(1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și

	aprobă prin hotărâre a Guvernului; d) pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo - epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție și îngrijiri de asistență medicală comunitară și se aprobă prin hotărâre a Guvernului; k) prețul de decontare - prețul suportat din fond pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru asigurații cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative. Lista acestora și prețul de decontare se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.	dreptul asigurații și se aprobă prin hotărâre a Guvernului de aprobare a contractului cadru; d) pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii medicale în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție și se aprobă prin hotărâre a Guvernului de aprobare a contractului cadru; k) prețul de decontare - prețul suportat din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru tratamentul ambulatoriu al asiguraților cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative. Lista acestora și prețul de decontare se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.	d)- nemodificat k) prețul de decontare - prețul suportat din fond pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru tratamentul ambulatoriu al asiguraților cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative. Lista acestora și prețul de decontare se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.	completările ulterioare, potrivit căruia “<i>Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare fondul, este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei legi</i>”.
3	Art. 224 (2) Sunt asigurate persoanele aflate în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia, cu plata contribuției din alte surse, în condițiile prezentei legi: g) persoanele fizice cu venituri lunare din pensii mai mici sau egale cu valoarea, întregită prin	15. La alineatul (2) al articolului 224, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins : g) persoanele fizice cu venituri din pensii mai mici sau egale cu valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de	pct 15 - se elimină	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016.

	rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv;	pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv		
4	Art. 224	17.După alineatul (4) al articolului 224, se introduce un nou alineat, alin.(5) cu următorul cuprins: (5) Persoanele asigurate în baza art. 224 alin.(1) lit.b), respectiv soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflate în întreținerea unei persoane asigurate cu sau fără plata contribuției, denumite în continuare coasigurați, nu pot avea la rândul lor coasigurați."	17.După alineatul (4) al articolului 224, se introduce un nou alineat, alin.(5) cu următorul cuprins: (5) Persoanele asigurate în baza art. 224 alin.(1) lit.b), respectiv soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflate în întreținerea unei persoane asigurate cu sau fără plata contribuției, denumite în continuare coasigurați, precum și persoanele asigurate în condițiile art. 224 alin.(1) lit.e) nu pot avea la rândul lor coasigurați."	Pentru reglementarea expresă a situației coasiguraților bolnavilor cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății
5	Art. 225 c)persoanele fizice cu venituri lunare numai din pensii al căror cuantum este de până la valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv;	18.La articolul 225, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins: c) persoanele fizice cu venituri lunare numai din pensii al căror cuantum este de până la valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv;	– pct 18 se elimină	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016
6	Art. 229 (2)Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiul Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenților Medicali	19.Alineatul (2) al articolului 229 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 și a Ordinului	19.Alineatul (2) al articolului 229 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,	Pentru a asigura stabilitatea principiilor pe baza cărora se derulează relațiile contractuale dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori

	Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor, denumit în continuare OBBC, precum şi în urma consultării cu organizaţiile patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.	Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în sistemul Sanitar din România, denumit în continuare OBBCSSR. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, pentru o perioadă de 2 ani în termen de 60 de zile de la publicarea legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.	Colegiului Medicilor Dentişti din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciştilor din România, denumit în continuare CFR şi a Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în sistemul Sanitar din România, denumit în continuare OBBCSSR. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, pentru o perioadă de 4 ani în termen de 60 de zile de la publicarea legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.	
7	Art. 229 (3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condiţiile acordării asistenţei medicale cu privire la: c) respectarea criteriilor de calitate pentru serviciile medicale oferite în cadrul pachetelor de servicii;		După punctul 20 se introduce un punct nou, pct. 20¹, cu următorul cuprins : La alineatul (3) al articolului 229, litera c) se elimină	Pentru concordanţa cu dispoziţiile art. 249 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, potrivit căroră “ <i>Evaluarea în vederea acreditării şi acreditarea unităţilor sanitare se fac în baza standardelor, procedurilor şi metodologiei elaborate de</i>

				<i>Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate."</i>
8	Art. 230 (2) Asigurații au următoarele drepturi; a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru; c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru;	22. La alineatul (2) al articolului 230, literele a) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins: a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și să aleagă casa de asigurări de sănătate în funcție de medicul de familie pe lista căruia este înscris; c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul-cadru;"	22. La alineatul (2) al articolului 230, literele a) se modifică și va avea următorul cuprins: a)-nemodificat	Dispozițiile lit.c) din propunere se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016
9	Art. 232 (3) CNAS comunică la ANAF, trimestrial, pe bază de protocol, datele de identificare ale persoanelor prevăzute la alin. (2) în vederea impunerii conform prevederilor Codului fiscal, cu modificările și completările ulterioare, în cazul în care se constată existența veniturilor asupra cărora se datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate.		După punctul 23 se introduce un punct nou, pct. 23¹, cu următorul cuprins : Alineatul (3) al articolului 232 se elimină.	Având în vedere prevederile Legii nr. 227/2015 privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare
10.	Art. 234 Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.		După punctul 23¹, se introduce un punct nou, pct. 23², cu următorul cuprins : Articolul 234 se modifică și va avea următorul cuprins: Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, prin	Pentru claritatea textului și pentru reglementarea modalității de îndeplinire a obligației legale de informare a asiguraților

			afișare pe site-urile proprii ale acestora și /sau prin afișare la sediul caselor de asigurări și al furnizorilor cu care acestea se află în relație contractuală, asupra serviciilor de care beneficiază, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.	
11	Art. 248 (1) Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt:	25. La alineatul (1) al articolului 248, după litera t) se introduce o nouă literă, lit. Ț) cu următorul cuprins: Ț) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în contractul – cadru.	25. La alineatul (1) al articolului 248, după litera t) se introduce o nouă literă, lit. Ț) cu următorul cuprins: Ț) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor de piele prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului – cadru și a serviciilor medicale aferente stării posttransplant	Pentru a menționa excepțiile aferente activității de transplant de organe și țesuturi care se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate
12.	Art. 249 (2) Evaluarea în vederea acreditării și acreditarea unităților sanitare se fac în baza standardelor, procedurilor și metodologiei elaborate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.	26. Alineatul (2) al articolului 249 se modifică și va avea următorul cuprins: (2) Evaluarea în vederea acreditării și acreditarea unităților sanitare se face în baza standardelor, procedurilor și metodologiei elaborate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.	- pct 26 - se elimina	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016
13 ¹ .	Art. 249 (4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), în anul 2016, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.		După punctul 27 se introduce un punct nou, pct. 27¹, cu următorul cuprins : Alineatul (4) al articolului 249 se modifică și va avea următorul cuprins: (4) Prin excepție de la prevederile	Întrucât prin OUG prin nr.5/2016 a fost completat art. 249 cu alin. (4) , care cuprinde o normă tranzitorie de aplicare a alin. (3)

			alin. (3), în anul 2016 și în anul 2017 în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii	
14.	Art. 260 Casele de asigurări controlează modul în care furnizorii de servicii medicale respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligația să permită accesul la evidențele referitoare la derularea contractului.	29. Articolul 260 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) CNAS și casele de asigurări controlează modul în care furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați sau care s-au aflat în relații contractuale cu CNAS sau cu casele de asigurări respectă clauzele contractuale privind serviciile furnizate, furnizorii având obligația să permită accesul la evidențele referitoare la derularea contractului. (2) în sistemul de asigurări sociale de sănătate, este interzisă încheierea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate de contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate. (3) Dispozițiile alin. (2) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de Contractul - cadru și normele metodologice de aplicare a acesteia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.	29. La articolul 260 se modifică și va avea următorul cuprins: (1)-nemodificat (2)-nemodificat (3)-nemodificat (4) În situația în care se constată de către autoritățile /organele	Pentru a asigura disciplina contractuală în sensul reglementării sancțiunii corelative aferente neîndeplinirii obligației prevăzute la alin. (2) al art. 260.

			abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (2), contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente sau dispozitive medicale se reziliază de plin drept. (5) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.	
15	Art. 266 (3) Persoanele fizice cu venituri lunare din pensii al căror quantum depășește valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv datorează contribuția lunară pentru asigurările sociale de sănătate, calculată potrivit	31. Alineatul (3) al articolului 266 se modifică și va avea următorul cuprins: (3) Persoanele fizice cu venituri din pensii al căror quantum depășește valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv datorează contribuția lunară pentru asigurările sociale de sănătate, calculată potrivit	pct 31 - se elimina	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016

	prevederilor Codului fiscal, cu modificările și completările ulterioare.	prevederilor Codului fiscal, cu modificările și completările ulterioare.		
16	Art. 270 (2) În cazul neachitării în termen a contribuțiilor datorate fondului, aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate și a majorărilor de întârziere se realizează potrivit procedurilor instituite de Codul fiscal și Codul de procedură fiscală, republicat, cu modificările și completările ulterioare, și normelor aprobate prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație. (3) Persoanele prevăzute la art. 266 și 267 au obligația de a pune la dispoziția organelor fiscale din cadrul ANAF documentele justificative și actele de evidență necesare în vederea stabilirii obligațiilor la fond.		După punctul 31 se introduce un punct nou, pct. 31¹, cu următorul cuprins : Alineatele (2) și (3) al articolului 270 se modifică și vor avea următorul cuprins: (2) În cazul neachitării în termen a contribuțiilor datorate fondului, aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate și a majorărilor de întârziere se realizează potrivit procedurilor instituite de Codul fiscal și Codul de procedură fiscală, republicat, cu modificările și completările ulterioare, de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, care gestionează evidența analitică a acestora, (3) Persoanele prevăzute la art. 266 și 267 au obligația de a pune la dispoziția organelor fiscale din cadrul ANAF documentele justificative și actele de evidență necesare în vederea stabilirii și evidențierii obligațiilor la fond.	Având în vedere faptul că prin OUG nr. 125/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, începând cu data de 1 iulie 2012, competența de administrare a contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate obligatorii revine Agenției Naționale de Administrare Fiscală , casele de asigurări de sănătate fiind obligate să predea, pe bază de protocol , până la data de 30 septembrie 2012, organelor fiscale din subordinea ANAF , în vederea colectării , creanțele reprezentând contribuțiile de asigurări sociale de sănătate aflate în evidența acestora .

17	Art. 279 Casele de asigurări pot înființa oficii de asigurări de sănătate fără personalitate juridică, la nivelul orașelor, al municipiilor, respectiv al sectoarelor municipiului București, în baza criteriilor stabilite prin ordin al președintelui CNAS.		După punctul 32 se introduce un punct nou, pct. 32¹, cu următorul cuprins : Articolul 279 - se elimină	Având în vedere faptul că ANAF colectează contribuțiile de asigurări sociale de sănătate, neexistând o justificare pentru înființarea oficiilor de asigurări de sănătate
18		34. La alineatul (1) al articolului 280, după litera i) se introduce o nouă literă, lit.i¹) cu următorul cuprins: i ¹) stabilește prin ordin al președintelui CNAS modalitatea de realizare a procedurii de negociere anuală a tarifelor pentru investigații medicale paraclinice decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;	- pct 34-se elimină	Se propune eliminarea acestei prevederi până la stabilirea de către Ministerul Sănătății, în cadrul politicii sanitare, a unor prețuri maxime, care să poată constitui elementul de referință în cadrul unei negocieri
19	Art. 280	36. După alineatul (3) al articolului 280, se introduce un nou alineat, alin.(4), cu următorul cuprins: (4) CNAS și casele de asigurări de sănătate pot să furnizeze contra cost, pe domeniul de competență specific, date și informații statistice cu excepția celor prevăzute de Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și completările ulterioare. Datele și informațiile	- - pct 36-se elimină	Se propune eliminarea având în vedere lipsa unui mecanism de determinare al costurilor , faptul că această activitate implică date de statistică complete , precum și faptul că

		statistice se pot pune la dispoziția solicitanților în formatul agreat de CNAS cu respectarea dispozițiilor Legii nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare. Documentele și nivelul tarifelor pentru punerea la dispoziția solicitanților a datelor și informațiilor statistice se stabilesc prin hotărâre a Consiliului de administrație al CNAS, respectiv al caselor de asigurări de sănătate.		nu există resursă umană specializată în acest sens.
20	Art. 295	41. După alineatul (2) al articolului 295 se introduc patru noi alineate, alin. (3) - (6), cu următorul cuprins: (3) Începând cu data de 1 ianuarie 2016, prin excepție de la prevederile art. 1 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, cuantumului brut al salariilor de bază/soldelor funcției de bază/salariilor funcției de bază/indemnizațiilor de încadrare de care beneficiază personalul din aparatul propriu al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se majorează cu 25% față de nivelul acordat pentru luna decembrie 2015. (4) Începând cu aceeași dată, salarizarea personalului din cadrul caselor de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și din cadrul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se stabilește la nivelul de 85% din salariile stabilite la nivel central pentru personalul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aceeași funcție/grad/treapta și gradație de salarizare. (5) Stabilirea nivelului drepturilor de salarizare pentru	41. După alineatul (2) al articolului 295 se introduc trei noi alineate, alin. (3) - (5), cu următorul cuprins: (3)-nemodificat (4))-nemodificat (5))-nemodificat	

		personalul prevăzut la alin. (4) se aprobă prin ordin al președintelui CNAS. (6) Prin excepție de la prevederile art. 1 alin. (1) și (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, personalul din aparatul propriu al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv al caselor de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și al Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, care beneficiază de un cuantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim în cadrul aceleiași instituții publice pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație, va fi salarizat la nivelul maxim dacă își desfășoară activitatea în aceleași condiții."	(6) - Se elimina	
21	Art. 298	43. După alineatul (5) al articolului 298 se introduc două noi alineate, alin. (6) și (7), cu următorul cuprins: (6) Pentru nerespectarea de către președintele - director general al casei de asigurări a obligațiilor din contractul de management, pot fi dispuse, de către președintele CNAS, următoarele măsuri: a)avertisment scris; b)diminuarea venitului lunar cu 10 - 25% pe o perioadă de până la 3 luni; c)revocarea contractului de management al președintelui-director general. (7)La individualizarea măsurilor prevăzute la alin. (6) se va ține seama de cauzele, gravitatea și consecințele nerespectării obligațiilor din contractul de management, împrejurările în care acestea au fost săvârșite, precum și comportarea generală pe	43.După alineatul (5) al articolului 298 se introduc două noi alineate, alin. (6) și (7), cu următorul cuprins: (6) Pentru nerespectarea de către președintele - director general al casei de asigurări a obligațiilor din contractul de management, constatate urmare a controlului desfășurat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pot fi dispuse, de către președintele CNAS, următoarele măsuri: a)avertisment scris; b)diminuarea venitului lunar cu 10 - 25% pe o perioadă de până la 3 luni;	Pentru claritatea textului

		perioada derulării mandatului."	c)revocarea contractului de management al președintelui-director general. (7)La individualizarea măsurilor prevăzute la alin. (6) se va ține seama de cauzele, gravitatea și consecințele nerespectării obligațiilor din contractul de management, împrejurările în care acestea au fost săvârșite, precum și comportarea generală pe perioada derulării mandatului."	
21	Art. 305	48. După alineatul (1) al articolului 305 se introduc două noi alineate, alin.(1¹) și (1²), cu următorul cuprins: (1¹) CNAS și casele de asigurări recuperează sumele decontate din bugetul Fondului în mod necuvenit, după caz, de la furnizorii aflați sau care s-au aflat în relație contractuală cu acestea pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale și materialele sanitare acordate, sau de la beneficiarii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în condițiile Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui CNAS. (1²) Sumele recuperate potrivit dispozițiilor alin. (1¹) se constituie ca venituri la Fond, iar asupra acestora se calculează obligațiile fiscale accesorii prevăzute de Codul de procedură fiscală, aprobat prin OG nr. 92/2003 cu modificările și completările ulterioare, de la data efectuării plății și până la data recuperării în totalitate a sumelor respective."	48. După alineatul (1) al articolului 305 se introduc două noi alineate, alin.(1¹) și (1²), cu următorul cuprins: (1¹) CNAS și casele de asigurări recuperează sumele decontate din bugetul Fondului în mod necuvenit, după caz, de la furnizorii aflați sau care s-au aflat în relație contractuală cu acestea pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale și materialele sanitare acordate, sau de la beneficiarii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în condițiile Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al	Pentru actualizarea textului

			președintelui CNAS. (1 ²) Sumele recuperate potrivit dispozițiilor alin. (1 ¹) se constituie ca venituri la Fond, iar asupra acestora se calculează obligațiile fiscale accesorii prevăzute de Codul de procedură fiscală, aprobat prin Legea nr. 207/2015, cu modificările și completările ulterioare, de la data efectuării plății și până la data recuperării în totalitate a sumelor respective."	
22	Art. 311 Sanctiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.	50. Articolul 311 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Sanctiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru. (2) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care prin activitatea desfășurată au produs prejudicii bugetului Fondului ca urmare a săvârșirii unei fapte ilicite, constatate și dovedite potrivit legii, nu pot intra în relații contractuale cu CNAS sau cu casele de asigurări pentru o perioadă de 3 ani de la data aplicării măsurii de recuperare a prejudiciilor, respectiv a rămânerii definitive și irevocabile a hotărârii judecătorești de confirmare a existenței prejudiciilor. (3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi timp de 6 luni de	50. Articolul 311 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Sanctiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru. (2) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care prin activitatea desfășurată au produs prejudicii bugetului Fondului ca urmare a săvârșirii unei fapte ilicite, constatate și dovedite potrivit legii, nu pot intra în relații contractuale cu CNAS sau cu casele de asigurări pentru o	Pentru claritatea textului și pentru reglementarea situațiilor care pot avea drept consecință sancționarea furnizorilor și a personalului care își desfășoară activitatea la aceștia , pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale.

		la data rezilierii contractului, în condițiile contractului-cadru. (4) Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, pe perioadele prevăzute la alin. (2) și (3), înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.	perioadă de 3 ani de la data aplicării măsurii de recuperare a prejudiciilor, respectiv a rămânării definitive și irevocabile a hotărârii judecătorești de confirmare a existenței prejudiciilor. (3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat/ modificat prin excluderea din contract a uneia sau a mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor , casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi / nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei /persoanelor respective , până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de de 6 luni de la data încetării / modificării contractului, în condițiile contractului-cadru.	
23	Art. 317 (2) Constituie conflict de interese deținerea de către membrii Consiliului de administrație al		După punctul 51 se introduce un punct nou, pct. 51¹, cu următorul cuprins :	Pentru reglementarea situațiilor care pot

	CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, precum și de către personalul angajat al acestor case de asigurări de părți sociale, acțiuni sau interese la furnizori care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Această dispoziție se aplică și în cazul în care astfel de părți sociale, acțiuni sau interese sunt deținute de către soț, soție, rudele sau afinii până la gradul al IV-lea inclusiv ai persoanei în cauză.		51¹.Alineatul (2) al articolului 317 se modifică și va avea următorul cuprins: (2) Constituie conflict de interese deținerea de către membrii Consiliului de administrație al CNAS și ai consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, precum și de către personalul angajat al acestor case de asigurări de părți sociale, acțiuni sau interese la furnizori care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.	constitui conflict de interese , în concordanță cu prevederile Legii nr. 161/2003 privind unele măsuri pentru asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea și sancționarea corupției, cu modificările și completările ulterioare
24	Art. 328 (2) Emiterea cardului european poate fi refuzată de casa de asigurări de sănătate numai în situația în care persoana care îl solicită nu face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.	52. Alineatul (2) al articolului 328 se modifică și va avea următorul cuprins: (2) Emiterea cardului european poate fi refuzată de casa de asigurări de sănătate numai în situația în care beneficiarul nu face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.	pct 52- se elimina	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016
25	Art. 330 Perioada de valabilitate a cardului european este de 1 an de la data emiterii.	53. Articolul 330 se modifică și va avea următorul cuprins: Art.330. -Perioada de valabilitate a cardului european este de 1 an de la data emiterii	pct 53 -se elimina	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr.5/2016
26.	Art. 337 (2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite ca instrument în vederea dovedirii, prin intermediul Platformei informatice din asigurările de sănătate, a calității	54. Alineatul (2) al articolului 337 se modifică și va avea următorul cuprins: (2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite ca instrument în vederea dovedirii prin intermediul Platformei	pct 54 -se elimina	Dispozițiile se regăsesc deja în cuprinsul legii astfel cum a fost modificată și

	de asigurat/neasigurat a persoanei, precum și ca instrument în procesul de validare a serviciilor medicale/medicamentelor/dispozitivelor medicale decontate din fond; realizarea și implementarea acestuia sunt un proiect de utilitate publică de interes național. Pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național pentru dovedirea calității de asigurat, se emite adeverința de asigurat, prevăzută la art. 326 lit. c).	informatică din asigurările de sănătate a calității de asigurat/neasigurat a persoanei, precum și ca instrument în procesul de validare a serviciilor medicale/medicamentelor/dispozitivelor medicale decontate din Fond; realizarea și implementarea acestuia sunt un proiect de utilitate publică de interes național. Pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință primirea cardului național pentru dovedirea calității de asigurat, se emite adeverința de asigurat, prevăzută la art. 326 lit. c).		completată prin OUG nr.5/2016
27.	Art. 343 (3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național sau, după caz, a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național sau a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 232.		După punctul 54 se introduce un punct nou, pct. 54¹, cu următorul cuprins : 54¹ Alineatul (3) al articolului 343 se modifică și va avea următorul cuprins: (3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național sau, după caz, a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea acestor documente de către persoanele asigurate conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute în Contractul – cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.	Pentru claritatea textului și pentru reglementarea situațiilor în care persoana asigurată a solicitat eliberarea cardului duplicat.
28	Art. 478		După punctul 56 se introduce	

	(2) Prin titlu oficial de calificare în medicina dentară se înțelege: c) certificatul de dentist specialist eliberat de Ministerul Sănătății în una dintre specialitățile medico-dentare prevăzute de Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală;		un punct nou, pct. 56¹, cu următorul cuprins : 56¹. La articolul 478 litera c) a alin.(2) se modifică și va avea următorul cuprins: c) certificatul medic dentist specialist eliberat de Ministerul Sănătății în una dintre specialitățile medico-dentare prevăzute de Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală;	
29.	Art. 485 (3) Medicii dentiști care întrunesc condițiile prevăzute la art. 477 și la art. 484 alin. (1) lit. a)-d) pot desfășura activități medico-dentare conform pregătirii profesionale în sistemul național de asigurări de sănătate sau/și în sistemul privat, fie ca angajați, fie ca persoană fizică independentă în formele prevăzute de lege.	58. După alineatul (3) al articolului 485 se introduc două noi alineate, alin. (4) și (5) cu următorul cuprins: (4) Medicii dentiști pot desfășura activități de asistență ambulatorie și pe bază de contract, în urma înregistrării la administrația finanțelor publice în a cărei rază domiciliază medicul dentist, în baza certificatului de membru al CMDR vizat la zi. (5) Modalitatea de desfășurare a activităților prevăzute la alin. (4) se stabilește prin decizie a Consiliului național al CMDR.	După alineatul (3) al articolului 485 se introduc două noi alineate, alin. (3¹) și (3²) cu următorul cuprins: (3¹) Medicii dentiști pot desfășura activități de asistență ambulatorie și pe bază de contract, în urma înregistrării la administrația finanțelor publice în a cărei rază domiciliază medicul dentist, în baza certificatului de membru al CMDR vizat la zi. (3²) Modalitatea de desfășurare a	Se modifică numărul alineatelor

	(4) Accesul la formarea în una dintre specialitățile medico-dentare prevăzute pentru România în anexa V.5.3.3. la Directiva nr. 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 7 septembrie 2005, cu modificările și completările ulterioare, se poate face după absolvirea și validarea formării de bază de medic dentist prevăzută de Hotărârea Guvernului nr. 469/2015 pentru aprobarea criteriilor minime obligatorii de autorizare și acreditare pentru programele de studii universitare de Medicină, Medicină dentară, Farmacie, Asistență medicală generală, Moașe, Medicină veterinară, Arhitectură, respectiv de Hotărârea Guvernului nr. 1.282/2007, cu modificările și completările ulterioare.		activităților prevăzute la alin. (4) se stabilește prin decizie a Consiliului național al CMDR.	
30	Art. 525 (1) Consiliul colegiului județean, respectiv al municipiului București, va alege dintre membrii săi un birou executiv format din președinte, 2 vicepreședinți, un secretar și un trezorier, aleși pentru un mandat de 4 ani.	61. Alineatul (1) al articolului 525 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Consiliul colegiului teritorial va alege dintre membrii săi un birou executiv format din președinte, 3 vicepreședinți și un trezorier, aleși pentru un mandat de 4 ani.	pct 61- se elimina	
31.	Art. 537 (2) Biroul executiv național este alcătuit dintr-un președinte, 3 vicepreședinți, un secretar general și un trezorier, aleși în mod individual pe funcții de Adunarea generală națională, pentru un mandat de 4 ani.	63. Alineatul (2) al articolului 537 se modifică și va avea următorul cuprins: (2) Biroul executiv național este alcătuit dintr-un președinte, 3 vicepreședinți și un trezorier, aleși în mod individual pe funcții de Adunarea generală națională, pentru un mandat de 4 ani.	pct 63 - se elimina	
	Art. 545		După punctul 64 se introduce	

32.	Veniturile CMDR se constituie din: b)cotizațiile lunare ale membrilor;		un punct nou, pct. 64 ¹ , cu următorul cuprins : 64 ¹ .La articolul 545, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins: b) cotizațiile membrilor;	
-----	---	--	--	--