

# GUVERNUL ROMÂNIEI



## ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ

**pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru abrogarea unor dispoziții din alte acte normative în domeniul sanitar**

Având în vedere insuficiența fondurilor destinate finanțării și derulării programelor 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, pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate cu prioritate a bolnavilor cu diabet zaharat la care întreruperea medicației poate determina consecințe deosebit de grave constând în decesul bolnavilor; în considerarea necesității scurtării perioadei stabilită inițial pentru introducerea cardului european, astfel încât acesta să poată fi implementat la data aderării României la Uniunea Europeană; aceste împrejurări obiective constituie situații extraordinare care impun măsuri imediate pentru asigurarea fondurilor necesare finanțării și derulării programelor naționale de sănătate și asigurarea premiselor pentru introducerea cardului european,

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 in domeniul sănătății, publicată in Monitorul Oficial al României, Partea I nr.372 din 28 aprilie 2006, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. Articolul 14 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.14 - Se înființează Centrul național pentru organizarea și asigurarea sistemului informațional și informatic în domeniul sănătății, instituție publică de specialitate, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății Publice, prin reorganizarea Centrului de calcul și statistică sanitară București, care se desființează.”.

**2. La articolul 16, litera e) a se modifică și va avea următorul cuprins:**

„e) stabilește prioritățile naționale de sănătate publică, elaborează programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat și din venituri proprii ale Ministerului Sănătății Publice, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;”.

**3. La articolul 16, după litera w) se introduce o nouă literă, lit.x) cu următorul cuprins:**

„x) coordonează din punct de vedere științific și metodologic, prin comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice, rețeaua de asistență medicală.”.

**4. După alineatul (1) al articolului 16 se introduce un nou alineat, alin.(2) cu următorul cuprins:**

„(2) Membrii comisiilor de specialitate, prevăzuți la alin.(1) lit.x) beneficiază de o indemnizație lunară de 10% din indemnizația secretarului de stat, care se acordă proporțional cu numărul de participări efective la ședințe. Cheltuielile de deplasare ocazionate de participarea în comisiile de specialitate sunt suportate de instituțiile publice respective în care persoanele sunt încadrate sau unde acestea desfășoară activitate prin integrare clinică. Cheltuielile de deplasare, din alte localități, ocazionate de participarea în comisia de specialitate de medicină de familie sunt suportate de Ministerul Sănătății Publice. Regulamentul de organizare și funcționare și atribuțiile comisiilor de specialitate, se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății publice.”.

**5. Articolul 48 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.48. - Programele naționale de sănătate publică sunt programele finanțate și derulate de Ministerul Sănătății Publice și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice. Programele naționale de sănătate cu scop curativ sunt programele derulate de către CNAS a căror finanțare se asigură din bugetul Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății Publice și se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS.”.

**6. La articolul 50, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„d) aprobă necesarul de resurse financiare pentru realizarea programelor naționale de sănătate publică;”.

**7. Articolul 52 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.52 - CNAS asigură organizarea și monitorizarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ, având următoarele atribuții:

a) implementează programele naționale de sănătate cu scop curativ conform strategiei aprobate de Ministerul Sănătății Publice;

b) răspunde de asigurarea, urmărirea și controlul fondurilor alocate pentru derularea programelor de sănătate cu scop curativ, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență, prin intermediul caselor de asigurări de sănătate și raportează Ministerului Sănătății Publice modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul Ministerului Sănătății Publice.

c) transmite Agenției Naționale pentru Programe de Sănătate, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, analiza modului în care au fost derulate programele naționale de sănătate cu scop curativ.”.

**8. Alineatul (1) al articolului 54 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(1) Finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează cu fonduri de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.”.

**9. După alineatul (1) al articolului 54 se introduce un nou alineat, alin.(1<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:**

„(1<sup>1</sup>) Ministerul Sănătății Publice poate aloca, sub forma de transferuri, sume din bugetul propriu către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru realizarea unor programe naționale de sănătate, cu scop curativ.”.

**10. Litera f) a articolului 60 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„f) Cabinetul de medicină de familie – cabinet specializat în furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, organizat în condițiile legii.”.

**11. La articolul 80, literele a), b) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile Contractului– cadru;

b) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru servicii de planificare familială, servicii speciale de consiliere, servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în fază terminală și post spitalicești;

d) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică pentru servicii furnizate în cadrul unor programe naționale de sănătate publică;”.

**12. Articolul 81 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.81 - Sumele alocate pentru finanțarea asistenței medicale primare se stabilesc pe baza obiectivelor politicii naționale de sănătate publică.”.

**13. Alineatul (5) al articolului 93 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(5) Unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență sunt finanțate din bugetul de stat și din venituri proprii ale Ministerului Sănătății Publice cu sumele aferente cheltuielilor de personal și cheltuielilor cu medicamentele și materialele sanitare. Sumele aferente acestor cheltuieli sunt prevăzute în mod distinct în bugetul spitalului.”.

**14. Alineatul (2) al articolului 110 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Activitatea de consultații de urgență la domiciliu și de transport sanitar neasistat poate fi acordată și de furnizori privați prin relație contractuală directă cu casa de asigurări de sănătate.”.

**15. Partea introductivă a articolului 153 se modifică și va avea următorul cuprins:**

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

**16. La articolul 153 litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„b) de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice, pentru pacienții incluși în programul național de transplant;”.

**17. Articolul 192 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.192. - (1) În cazul existenței unor datorii la data încheierii contractului de management, acestea vor fi evidențiate separat, stabilindu-se posibilitățile și intervalul în care vor fi lichidate în condițiile legii.

(2) Prin derogare de la dispozițiile alin.(1) stingerea obligațiilor de plată ale spitalelor înregistrate până la data de 31 decembrie 2005 față de furnizorii de medicamente, materiale sanitare, alți furnizori de bunuri și servicii, se realizează eșalonat. Plata obligațiilor se efectuează din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice și în completare de la bugetul de stat, prin transferuri către bugetul fondului, din sumele prevăzute în bugetul aprobat al Ministerului Sanatatii Publice in Programul de administrație sanitară și politici de sănătate. Condițiile și modalitatea de stingere a obligațiilor de plata se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS.”.

**18. La articolul 213, alineatul (1), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr.416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare; soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;”.

**19. La articolul 223, alineatul (2), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„e) servicii de planificare familială, indiferent de statutul de asigurat al femeii cu excepția celor prevăzute la art.237 alin.(1) lit.s);”.

**20. Partea introductivă a alineatului (1) al articolului 237 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(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:”.

**21. La articolul 237, alineatul (1), literele i) și o) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în Contractul – cadru;

„o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unități medico – sociale;”.

**22. La articolul 237, alineatul (1) după litera q) se introduc patru noi litere, lit. r), s), t) și u) cu următorul cuprins:**

„r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;

s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie și în cabinete de planning din structura spitalului;

t) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii.

u) activități de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin Contractul-cadru.”.

**23. După alineatul (2) al articolului 237 se introduce un nou alineat, alin.(3) cu următorul cuprins:**

„(3) Cheltuielile pentru activitățile prevăzute la alin.(1) lit.o), lit.r), lit.s), lit.t) și u) se suportă din bugetul de stat.”.

**24. La articolul 256, alineatul (1), după litera c) se introduce o nouă literă, lit.d) cu următorul cuprins:**

„d) sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice”.

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

„(3) Sumele colectate în contul fondului potrivit alin.(2) sunt în permanență la dispoziția CNAS și se repartizează de ordonatorul principal de credite, proporțional cu sumele aprobate pe subcapitole de cheltuieli prin legile bugetare anuale, pe fiecare domeniu de asistență medicală.”.

**26. Alineatul (3) al articolului 257 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) În cazul persoanelor care realizează în același timp venituri de natura celor prevăzute la alin.(2) lit.a)-d) și f), contribuția se calculează asupra tuturor acestor venituri.”.

**27. La articolul 262, alineatul (1), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„b) cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a maximum 3% din sumele colectate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%.”.

**28. După alineatul (2) al articolului 265 se introduce un nou alineat, alin.(2<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:**

„(2<sup>1</sup>) Sumele alocate de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice pentru realizarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ, rămase neutilizate se virează de către CNAS până la sfârșitul anului în contul bugetului din care provin.”.

**29. La articolul 272, alineatul (2), litera d) se abrogă.**

**30. Alineatul (3) al articolului 285 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Personalului CNAS, caselor de asigurări, Ministerului Sănătății Publice și al autorităților de sănătate publică îi pot fi acordate stimulente din fondul constituit cu această destinație, în cota de 5% din sumele încasate la bugetul fondului prin executare silită

desfășurată de către casele de asigurări și 2,5% din sumele încasate la bugetul fondului prin executare silită de către ANAF. Modalitatea de constituire și utilizare a acestui fond se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS.”.

**31. Alineatul (4) al articolul 298 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(4) Organizarea și funcționarea Comisiei de arbitraj se stabilesc prin ordin comun al Ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS. Comisia este condusă de un consiliu de conducere format din reprezentanți ai Ministerului Sănătății Publice, CNAS, CMR, CFR, CMDR.”.

**32. Alineatul (1) al articolului 299 se modifică și va avea următorul cuprins:**

(1) Arbitrii sunt desemnați de către părți, respectiv de către Consiliul de conducere al Comisiei de arbitraj, dintr-o listă de arbitrii atestați de Ministerul Sănătății Publice pe baza unui examen desfășurat în condițiile și potrivit procedurilor stabilite printr-un regulament aprobat prin ordinul ministrului sănătății publice și înregistrat la Comisia de arbitraj.”.

**33. La articolul 306, literele a) și b) ale se modifică și vor avea următorul cuprins:**

- „a) cele prevăzute la lit. a) și c), cu amendă de la 5.000 lei la 10.000 lei;
- b) cele prevăzute la lit. b și d), cu amendă de la 30.000 lei la 50.000 lei.”.

**34. Articolul 313 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.313. - (1) Persoanele care prin faptele lor aduc daune sănătății altei persoane răspund potrivit legii și au obligația sa repare prejudiciul cauzat furnizorului de servicii medicale reprezentând cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată. Sumele reprezentând cheltuielile efective vor fi recuperate de către furnizorii de servicii medicale. Pentru litigiile având ca obiect recuperarea acestor sume, furnizorii de servicii medicale se subrogă în toate drepturile și obligațiile procesuale ale caselor de asigurări de sănătate și dobândesc calitatea procesuală a acestora, în toate procesele și cererile aflate pe rolul instanțelor judecătorești, indiferent de faza de judecată.

(2) Furnizorii de servicii care acordă asistența medicală prevăzută la alin. (1) realizează o evidență distinctă a acestor cazuri și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență, în vederea



decontării precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.”.

**35. La articolul 339, litera c) a se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) coplata pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar – diferența între tariful decontat de casa de asigurări de sănătate în Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate națională în politica de prețuri a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale;”.

**36. Alineatul (3) al articolului 350 se abrogă.**

**37. Articolul 359 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.359. - Lista coplăților și prețul de referință pentru serviciile din pachetul de servicii medicale de bază acoperite parțial, se stabilesc prin Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.”.

**38. Articolul 362 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art.362. - Veniturile prevăzute la art.361 gestionate de Ministerul Sănătății Publice sunt folosite pentru investiții în infrastructură și dotări în sistemul sanitar public, finanțarea programelor naționale de sănătate și pentru rezerva Ministerului Sănătății Publice pentru situații speciale.”.

**39. La articolul 367 se introduce un nou alineat, alin.(2) cu următorul cuprins:**

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

**40. La articolul 863, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„e) la data aderării României la Uniunea Europeană: art.320 - 329;”.

**Art.II.** - Art.5 alin.(3) lit.a) din Ordonanța Guvernului nr.70/2002 privind administrarea unităților sanitare publice de interes județean și local, publicată în Monitorul

Oficial la României, Partea I nr. 648 din 31 august 2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr.99/2004, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă la data de 1 ianuarie 2007.

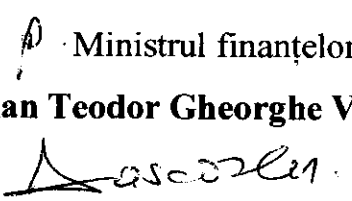
**Art.III.** - Art.5 alin.(3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.58/2001 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, publicată în Monitorul Oficial la României, Partea I nr. 215 din 26 aprilie 2001, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr.41/2002, cu modificările și completările ulterioare se abrogă la data de 1 ianuarie 2007.

**Art.IV.** - Dispozițiile din cuprinsul art.I. pct.15, pct.24 și pct.25 intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2007.

PRIM-MINISTRU  
  
CĂLIN POPESCU-TARICEANU

**Contrasemnează:**

Ministrul sănătății publice  
  
Gheorghe Eugen Nicolăescu

  
Ministrul finanțelor publice  
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 20.09.2006

Nr. 72