

LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 (*actualizată*)

privind reforma în domeniul sănătății

EMITENT: PARLAMENTUL

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 372 din 28 aprilie 2006

Data intrării în vigoare : 1 mai 2006

Forma actualizată valabilă la data de : 18 ianuarie 2013

Prezenta formă actualizată este valabilă de la 27 decembrie 2012 până la 31 ianuarie 2013

TITLUL VIII

Asigurările sociale de sănătate

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 208

(1) Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

(2) Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:

a) protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;

b) asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, iar obiectivele menționate la alin. (2) se realizează pe baza următoarelor principii:

a) alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări;

b) solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor;

c) alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru;

d) descentralizarea și autonomia în conducere și administrare;

e) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

f) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;

h) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate;

i) liberă concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pot funcționa și alte forme de asigurare a sănătății în diferite situații speciale. Aceste asigurări nu sunt obligatorii

si pot fi oferite voluntar de organismele 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 Sănătății, ca autoritate națională în domeniul sănătății, exercită controlul asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, din punctul de vedere al aplicării politicilor și programelor în domeniul sanitar aprobate de Guvernul României, și realizează coordonarea funcționării eficiente a sistemului de asigurări sociale de sănătate organizat prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Alin. (7) al art. 208 a fost modificat de pct. 1 al [art. unic din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 73 din 7 septembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 647 din 9 septembrie 2011.

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, în condițiile legii, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a municipiului București, prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări. Gestionarea fondului se realizează și prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor și Infrastructurii până la reorganizarea acesteia.

Alin. (3) al art. 209 a fost modificat de pct. 41 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

(4) CNAS propune, cu avizul conform al Ministerului Sănătății, proiecte de acte normative pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pentru proiectele de acte normative care au incidență asupra Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, elaborate de ministere și de celelalte organe de specialitate ale

administrației publice centrale, este obligatorie obținerea avizului conform al CNAS.

Alin. (4) al art. 209 a fost modificat de pct. 2 al [art. unic din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 73 din 7 septembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 647 din 9 septembrie 2011.

*) NOTA C.T.C.E. S.A. Piatra-Neamț:

Conform alin. (1) al [art. 9 din LEGEA nr. 388 din 31 decembrie 2007](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 902 din 31 decembrie 2007, veniturile și cheltuielile bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008, constituit în baza prevederilor [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, sunt prevăzute în anexa nr. 10.

Conform alin. (5) al [art. 9 din LEGEA nr. 388 din 31 decembrie 2007](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 902 din 31 decembrie 2007, cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt de maximum 5,4% din sumele colectate.

ART. 210

(1) În intelesul prezentului titlu, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

a) serviciile medicale - acele servicii nominalizate în pachetele de servicii, furnizate de către persoanele fizice și juridice, potrivit prezentului titlu;

b) furnizorii - persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sănătății pentru a furniza servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;

c) pachetul de servicii de baza - 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 suportă din fond, în condițiile contractului-cadru;

d) pachetul de servicii ce se acordă persoanelor care se asigură facultativ - cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care are dreptul această categorie de asigurați și se suportă din fond, în condițiile contractului-cadru;

e) pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurați și cuprinde servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial edemo-epidemic, inclusiv cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, stabilite prin contractul-cadru;

f) autorizarea - reprezintă un control al calificării și al respectării legislației existente în domeniu, efectuat pentru toate tipurile de furnizori, necesar pentru a obține permisiunea de a furniza servicii medicale în România;

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;

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

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 acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate. Lista acestora și prețul de decontare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății;

Lit. k) a alin. (1) al art. 210 a fost modificată de pct. 42 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

l) coplata - suma care reprezintă plata contribuției bănești a asiguratului, în temeiul obligației prevăzute la art. 219 lit. g), pentru a putea beneficia de serviciile medicale din pachetul de servicii de bază, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în cuantumul și în condițiile stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, potrivit art. 217 alin. (3) lit. k), restul sumei fiind suportată de către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Litera l) a alin. (1) al art. 210 a fost modificată de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

(m) abrogată.

Litera m) a alin. (1) al art. 210 a fost abrogată de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

(2) Definițiile care pot exista în alte legi și care sunt diferite de cele prevăzute la alin. (1) nu se aplică în cazul prezentei legi.

CAP. II

Asigurații

SECȚIUNEA 1

Persoanele asigurate

ART. 211

(1) Sunt asigurați, potrivit prezentei legi, toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi. În această calitate, persoana în cauză încheie un contract de asigurare cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin angajator, al cărui model se stabilește prin ordin al președintelui CNAS cu avizul consiliului de administrație.

(1¹) Asigurații au dreptul la pachetul de bază de servicii medicale de la data începerii plății contribuției la fond, urmând ca sumele restante să fie recuperate de casele de asigurări de sănătate și Agenția Națională de Administrare Fiscală, în condițiile legii, inclusiv accesoriile aplicate pentru creanțele bugetare.

Alin. (1¹) al art. 211 a fost introdus de pct. 18 al [art. I din LEGEA nr. 264 din 19 iulie 2007](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 503 din 27 iulie 2007.

(2) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de sedere în România.

(3) Documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat se stabilesc prin ordin al președintelui CNAS.

ART. 212

(1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS. 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 a se utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate se stabilește prin hotărâre a Guvernului.

Alin. (1) al art. 212 a fost modificat de pct. 22 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 35 din 27 iunie 2012](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 434 din 30 iunie 2012.

(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 care provin din 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;

Lit. b) a alin. (1) al art. 213 a fost modificata de pct. 18 al art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006, publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

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, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistratilor care au fost inlaturati din justitie pentru considerente politice in perioada anilor 1945-1989, cu modificarile 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 stagiul militar 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) pct. 1 din Legea recunoasterei fata de eroii-martiri si luptatorii care au contribuit la victoria Revolutiei romane din decembrie 1989, precum si fata de persoanele care si-au jertfit viata sau au avut de suferit in urma revoltei muncitoresti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificarile si

completările ulterioare, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi;

Lit. c) a alin. (1) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 107 din 6 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 830 din 10 decembrie 2010.

d) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din munca, pensie sau alte surse, cu excepția celor obținute în baza [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999](#) privind protecția specială și încadrarea în munca a persoanelor cu handicap, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 519/2002](#), cu modificările și completările ulterioare;

e) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din munca, pensie sau din alte resurse;

f) femeile însărcinate și lauzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

(2) Sunt asigurate persoanele aflate în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia, cu plata contribuției din alte surse, în condițiile prezentei legi:

a) abrogată;

Lit. a) a alin. (2) al art. 213 a fost abrogată de pct. 43 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

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

c) se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;

Lit. c) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al [art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

d) execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au venituri;

Lit. d) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al [art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie](#)

2010, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

e) persoanele care beneficiaza de indemnizatie de somaj;

f) străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;

Lit. f) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

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

h) pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;

Lit. h) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 2 al art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 107 din 6 decembrie 2010, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 830 din 10 decembrie 2010.

i) persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri;

Lit. i) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

j) personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse.

Lit. j) a alin. (2) al art. 213 a fost modificată de pct. 1 al art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

(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. 213^1

Următoarele categorii de asigurați sunt scutite de la coplată, după cum urmează:

a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii între 18 ani și 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenții, dacă nu realizează venituri din muncă;

b) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

c) pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună.

d) toate femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară, pentru toate serviciile medicale.

Litera d) a art. 213^1 a fost introdusă de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

Art. 213^1 a fost introdus de pct. 4 al [art. I din LEGEA nr. 220 din 28 noiembrie 2011](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 851 din 30 noiembrie 2011.

ART. 213^2

(1) Lista serviciilor medicale pentru care se încasează coplata, nivelul coplății, precum și data aplicării coplății se stabilesc prin contractul-cadru și prin normele de aplicare a acestuia.

(2) Domeniile de asistență medicală pentru care se stabilește coplata, precum și suma minimă și maximă care reprezintă această coplată pentru fiecare categorie de serviciu medical și unitate medicală se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în urma negocierii cu asociațiile de pacienți, asociațiile profesionale, asociațiile patronale ale furnizorilor de servicii de sănătate și CNAS.

Alin. (2) al art. 213^2 a fost modificat de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

(3) Abrogat.

Alin. (3) al art. 213² a fost abrogat de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

(4) Abrogat.

Alin. (4) al art. 213² a fost abrogat de [art. unic din LEGEA nr. 138 din 18 iulie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 496 din 19 iulie 2012, care modifică [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 103 din 25 noiembrie 2011](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 854 din 2 decembrie 2011.

(5) Sumele încasate din coplată constituie venituri ale furnizorilor de servicii medicale și se utilizează pentru îmbunătățirea calității serviciilor.

Alin. (5) al art. 213² a fost modificat de pct. 43 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 91 din 12 decembrie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 886 din 27 decembrie 2012.

Art. 213² a fost introdus de pct. 4 al [art. I din LEGEA nr. 220 din 28 noiembrie 2011](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 851 din 30 noiembrie 2011.

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 persoanelor juridice sau fizice care au calitatea de angajator, persoanelor juridice ori fizice asimilate angajatorului, precum si persoanelor fizice, dupa caz.

(2) Persoanele juridice sau fizice care au calitatea de angajator, precum si persoanele asimilate angajatorilor sunt obligate sa depuna declaratia privind obligatiile de plata a contributiilor sociale, impozitului pe venit si evidenta nominala

a persoanelor asigurate, la termenele prevăzute în [Legea nr. 571/2003](#) privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

Alin. (2) al art. 215 a fost modificat de [art. II din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 125 din 27 decembrie 2011](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 938 din 30 decembrie 2011.

(3) Persoanele fizice care realizează venituri din activități independente, venituri din agricultură și silvicultură, venituri din cedarea folosinței bunurilor, din dividende și dobânzi, din drepturi de proprietate intelectuală sau alte venituri care se supun impozitului pe venit sunt obligate să depună la casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contractul de asigurare declarații privind obligațiile față de fond.

Art. 215 a fost modificat de pct. 2 al [art. VIII din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 117 din 23 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 891 din 30 decembrie 2010.

ART. 216

În cazul neachitării la termen, potrivit legii, a contribuțiilor datorate fondului de către persoanele fizice, altele decât cele pentru care colectarea veniturilor se face de Agenția Națională de Administrare Fiscală, denumită în continuare ANAF, CNAS, prin casele de asigurări sau persoane fizice ori juridice specializate, procedea la aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor cuvenite bugetului fondului și a majorărilor de întârziere în condițiile [Ordonanței Guvernului nr. 92/2003](#) privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile asiguraților

ART. 217

(1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi.

(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 Moșelor din România, denumit în continuare OAMMR, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, 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 data de 31 decembrie a anului în curs pentru următorii 2 ani.

Alin. (2) al art. 217 a fost modificat de pct. 5 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 133 din 28 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 893 din 30 decembrie 2010.

(3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la:

a) pachetul de servicii de baza la care au dreptul persoanele asigurate;

b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de baza prevăzut la lit. a);

c) criteriile și standardele calității pachetului de servicii;

d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de baza, modul de decontare și actele necesare în acest scop;

f) internarea și externarea bolnavilor;

g) măsuri de îngrijire la domiciliu și de recuperare;

h) condițiile acordării serviciilor la nivel regional și lista serviciilor care se pot contracta la nivel județean, precum și a celor care se pot contracta la nivel regional;

i) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor medicale;

j) modul de informare a asiguraților;

k) coplata pentru unele servicii medicale.

(4) În situația în care legea bugetului de stat nu este aprobată până la data de 31 decembrie a anului în curs, termenele prevăzute la alin. (2) și (5) se prelungesc până la data de 28 februarie a anului următor.

Alin. (4) al art. 217 a fost modificat de pct. 44 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 91 din 12 decembrie 2012](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 886 din 27 decembrie 2012.

(5) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, cu consultarea CMR, CFR, CMDR, OAMMR, OBBC, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, până la data de 15 noiembrie a anului în curs pentru anul următor, care se aproba prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

Alin. (5) al art. 217 a fost modificat de pct. 19 al [art. I din LEGEA nr. 264 din 19 iulie 2007](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 503 din 27 iulie 2007.

(6) Abrogat.

Alin. (6) al art. 217 a fost abrogat de pct. 6 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 133 din 28 decembrie 2010](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 893 din 30 decembrie 2010.

ART. 218

(1) Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege.

(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;

b) să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;

c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;

d) să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;

d¹) să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile impuse de contractul-cadru;

Lit. d¹) a alin. (2) al [art. 218 a fost introdusă de articolul unic din LEGEA nr. 157 din 18 iulie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 557 din 23 iulie 2008.

e) să efectueze controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;

f) să beneficieze de servicii de asistentă medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

g) să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

h) să beneficieze de servicii medicale de urgență;

i) să beneficieze de unele servicii de asistentă stomatologică;

j) să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;

k) să beneficieze de dispozitive medicale;

l) să beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

m) să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și 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.

[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) să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata, în condițiile stabilite prin contractul-cadru și prin normele de aplicare a acestuia;

Litera g) a art. 219 a fost modificată de pct. 5 al [art. I din LEGEA nr. 220 din 28 noiembrie 2011](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 851 din 30 noiembrie 2011.

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. III

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, cu exceptia celor prevazute la art. 237 alin. (1) lit. s);

Lit. e) a alin. (2) al art. 223 a fost modificata de pct. 19 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

(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 igienodietetic.

(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.

(4) Serviciile medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.

Alin. (4) al art. 227 a fost introdus de pct. 44 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENTĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

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

(1) Serviciile de medicina dentara se acorda de catre medicul de medicina dentara si de catre dentist in cabinete medicale autorizate si evaluate conform legii.

(2) Dentistii care la data de 31 decembrie 2005 au furnizat servicii medicale in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate isi pot continua activitatea in aceleasi conditii si dupa aceasta data.

(3) Ministerul Sanatatii, prin directiile de sanatate publica județene si a municipiului Bucuresti, autorizeaza desfasurarea activitatii de catre dentisti.

Alin. (3) al art. 229 a fost modificat de [art. III din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 227 din 30 decembrie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 2 din 5 ianuarie 2009, prin înlocuirea sintagmei "autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București" cu expresia "directiile de sanatate publica județene și a municipiului București".

[Art. 229 a fost modificat de pct. 12 al articolului unic din LEGEA nr. 34 din 16 ianuarie 2007](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 38 din 18 ianuarie 2007.

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 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 afecțiunilor categoriilor de persoane prevazute la art. 213 alin. (1) lit. a) și pentru femeile gravide și lauze se suportă din fond, la nivelul pretului de referință sau al pretului de decontare.

(2) Valoarea medicamentelor prevazute la art. 232 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevazute în actele normative de la art. 213 alin. (1) lit. c) și d), se suportă din fond, la nivelul pretului de referință, în condițiile contractului-cadru.

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

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

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

(6) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, care se acordă bolnavilor, precum și pacienților cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate nominalizate prin hotărâre a Guvernului, se suportă la nivelul prețului de decontare.

Alin. (6) al art. 233 a fost modificat de pct. 45 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

(7) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, utilizate în unitățile sanitare cu paturi, pe perioada spitalizării pentru tratamentul specific al bolnavilor, precum și pentru pacienții cuprinși în programele naționale de sănătate nominalizate prin hotărâre a Guvernului, se achiziționează de către acestea la un preț care nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

Alin. (7) al art. 233 a fost introdus de pct. 46 al [art. I din ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 93 din 24 iunie 2008](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 484 din 30 iunie 2008.

SECȚIUNEA a 4-a

Servicii medicale de îngrijiri la domiciliu și 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, de la bugetul de stat sau din alte surse, dupa caz, sunt:

Partea introductiva a alin. (1) al art. 237 a fost modificata de pct. 20 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

- 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 Contractul-cadru;](#)

Lit. i) a alin. (1) al art. 237 a fost modificata de pct. 21 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

- 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) [cheltuielile de personal aferente medicilor si asistentilor medicali, precum si cheltuielile cu medicamente si materiale sanitare din unitati medico-sociale*\);](#)

Lit. o) a alin. (1) al art. 237 a fost modificata de pct. 21 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

*) NOTA C.T.C.E. S.A. Piatra-Neamt:

Prin [RECTIFICAREA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 823 din 6 octombrie 2006 s-a dispus rectificarea [art. IV din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006, care prevedea initial ca art. I pct. 15, 24 si 25 intra in vigoare la data de 1 ianuarie 2007. Art. IV in noua forma se refera la aplicarea art. I pct. 13, pct. 21 - art. 237 alin. (1) lit. o) - si pct. 22 incepand cu data de 1 ianuarie 2007.

Modificarea lit. o) a alin. (1) al art. 237 devine aplicabila incepand cu data de 1 ianuarie 2007 conform [art. IV din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006 astfel cum a fost rectificat de [RECTIFICAREA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 823 din 6 octombrie 2006.

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.

r) cheltuielile de personal pentru medici, farmacisti si medici dentisti pe perioada rezidentiatului*);

Lit. r) a alin. (1) al art. 237 a fost introdusa de pct. 22 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#) publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

s) serviciile de planificare familiala acordate de medicul de familie in cabinetele de planning din structura spitalului;

Lit. s) a alin. (1) al [art. 237 a fost modificata de pct. 14 al articolului unic din LEGEA nr. 34 din 16 ianuarie 2007](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 38 din 18 ianuarie 2007.

t) cheltuielile de personal pentru medicii si personalul sanitar din unitatile sau sectiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare si reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

Lit. t) a alin. (1) al [art. 237 a fost modificata de pct. 14 al articolului unic din LEGEA nr. 34 din 16 ianuarie 2007](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 38 din 18 ianuarie 2007.

u) activitati de interes deosebit in realizarea obiectivelor strategiei de sanatate publica, definite prin Contractul-cadru*).

Lit. u) a alin. (1) al art. 237 a fost introdusa de pct. 22 al [art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#) publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

*) NOTA C.T.C.E. S.A. Piatra-Neamt:

Prin [RECTIFICAREA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 823 din 6 octombrie 2006 s-a dispus rectificarea [art. IV din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006, care prevedea initial ca art. I pct. 15, 24 si 25 intra in vigoare la data de 1 ianuarie 2007. Art. IV in noua forma se refera la aplicarea art. I pct. 13, pct. 21 - art. 237 alin. (1) lit. o) - si pct. 22 incepand cu data de 1 ianuarie 2007.

Completarea alin. (1) al art. 237 cu lit. r)-u) devine aplicabila incepand cu data de 1 ianuarie 2007 conform [art. IV din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006 astfel cum a fost rectificat de [RECTIFICAREA nr. 72 din 20 septembrie 2006](#), publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 823 din 6 octombrie 2006.

(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.

(3) Cheltuielile pentru activitatile prevazute la alin. (1) lit. r), s), t) si u) se suporta din bugetul de stat.

Alin. (3) al art. 237 a fost modificat de pct. 15 al articolului unic din LEGEA nr. 34 din 16 ianuarie 2007, publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 38 din 18 ianuarie 2007.

(4) Cheltuielile pentru activitatile prevazute la alin. (1) lit. o) se asigura prin transferuri de la bugetul de stat catre bugetele locale prin bugetul Ministerului Sanatatii.

Alin. (4) al art. 237 a fost introdus de pct. 15 al articolului unic din LEGEA nr. 34 din 16 ianuarie 2007, publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 38 din 18 ianuarie 2007.