

STATUTUL CASEI DE ASIGURARI DE SANATATE MARAMURES

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 1

(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, sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar.

(2) Casa de Asigurări de Sănătate Maramures , denumita în continuare casa de asigurări, în exercitarea atribuțiilor ei conferite de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare și de prezentul statut, aplică și respectă politica și strategia generală stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate pe raza ei de competență.

ART. 2

(1) Casa de asigurări este instituție publică, cu personalitate juridică, cu buget propriu, în subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul Baia Mare, str. Gh. Bilascu, nr. 22A.

(2) Casa de asigurări are înființate birouri teritoriale de asigurări de sănătate fără personalitate juridică, la nivelul municipiului Sighetu Marmatiei, str. Avram Iancu, nr. 22 și al orasului Viseu de Sus, str. 22 Decembrie, nr.1, cu îndeplinirea criteriilor de înființare stabilite prin Ordinul nr. 13/2000 al președintelui CNAS și aprobate prin Hotărârea nr. 6/2000 a Consiliului de Administrație al casei de asigurări.

(3) Casa de asigurări se organizează și funcționează pe baza statutului propriu, care respectă prevederile statutului-cadru, aprobat în condițiile legii.

(4) Casa de asigurări gestionează bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond, aprobat cu respectarea prevederilor legii, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

(5) Casa de asigurări poate derula și activități pentru valorizarea fondurilor gestionate, respectiv închirieri, proiecte, studii, manifestări științifice, exploatarea patrimoniului propriu, precum și alte activități în acest sens, potrivit actelor normative în vigoare.

ART. 3

Casa de asigurări utilizează sigla CNAS, cu menționarea și a denumirii proprii.

CAP. II

Relația casei de asigurări cu asigurații

ART. 4

(1) Relațiile care se stabilesc între asigurați și casa de asigurări au la bază următoarele 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;
 - f) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului;
 - g) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat, conform legii;
 - h) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate;
 - i) libera concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări;
- (2) Drepturile și obligațiile asiguraților sunt stabilite prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare.
- (3) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare se acordă și încetează în condițiile prevăzute la art. 222 alin.(2),(3) și (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

CAP. III

Atribuțiile casei de asigurări

ART. 5

Casa de asigurări are următoarele atribuții:

1. să colecteze contribuția pentru concedii și indemnizații datorată bugetului FNUASS potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, datorată de către persoanele fizice asigurate pe bază de contract de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate;
2. să administreze bugetul propriu;
3. să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asigurați și să le comunice CNAS;
4. să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor;
5. să utilizeze toate demersurile legale pentru a optimiza colectarea contribuției pentru concedii și indemnizații și pentru recuperarea tuturor creanțelor restante datorate la bugetul FNUASS, pentru a căror realizare este competentă potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, cu modificările și completările ulterioare;
6. să furnizeze gratuit informații, consultanță și asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;
7. să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale;
8. să negocieze, să contracteze și să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în condițiile contractului-cadru;
9. să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora;
10. să asigure, în calitate de instituție competentă, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale și a altor prestații, în condițiile respectivelor documente internaționale;
11. controlează respectarea dreptului asiguraților la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
12. organizează și participă la evaluarea furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în vederea intrării acestora în relații contractuale cu casele de asigurări;
13. întocmeste proiectul de buget de venituri și cheltuieli și îl transmite spre analiză și aprobare CNAS;
14. transmite anual, spre aprobare CNAS, listele de investiții;

15. evaluează satisfacția asiguraților privind calitatea serviciilor medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pe baza chestionarelor aprobate prin ordin al președintelui CNAS;
16. verifică acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale conform contractelor de furnizare încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;
17. asigură un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
18. aplică un sistem informațional unitar și confidențial, corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;
19. decontează furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate și prestate asiguraților în termen, în caz contrar urmând a suporta penalitățile prevăzute în contract;
20. informează furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și de furnizare a serviciilor medicale, a negocierii clauzelor contractuale, precum și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;
21. acordă furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației;
22. asigură protecția asiguraților în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulației a acestor date, în conformitate cu legislația în vigoare;
23. verifică prescrierea și eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în conformitate cu reglementările în vigoare;
24. monitorizează derularea la nivel local a contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat;
25. asigură în conformitate cu actele normative în vigoare, activitățile privind asistența medicală transfrontalieră, inclusiv cele privind rambursarea contravalorii serviciilor medicale aferente acesteia;
26. raportează CNAS la termenele stabilite, datele solicitate privind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate de furnizorii cu care se află în relații contractuale, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate, precum și orice date necesare gestionării bugetului FNUASS;
27. furnizează, la solicitarea Ministerului Sănătății, datele de identificare a persoanelor asigurate, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare;
28. urmărește, alături de celelalte structuri din sistem implicate, implementarea și efectele strategiilor aplicate și pe baza acestora elaborează rapoartele de informare cu propunerile de corecție;
29. derulează programele naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului, potrivit legii;
30. asigură continuitatea tratamentului bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative;
31. răspunde de asigurarea, urmărirea și controlul fondurilor alocate pentru derularea programelor și subprogramelor naționale de sănătate curative, având în vedere cererile fundamentate ale unităților de specialitate, indicatorii realizați, stocurile existente la nivelul unităților sanitare și în limita fondurilor aprobate cu această destinație;
32. ia măsuri, potrivit atribuțiilor stabilite de lege, pentru prevenirea, constatarea și sancționarea faptelor ce constituie contravenții;
33. alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

ART. 6

- (1) Casa de asigurări utilizează, în exercitarea atribuțiilor ce îi revin potrivit legii, Platforma Informatică din Asigurările de Sănătate, denumită în continuare PIAS.
- (2) În domeniul tehnologiei informației și comunicațiilor, casa de asigurări are următoarele atribuții principale:

- a) administrează și asigură buna funcționare a tehnicii de calcul proprii;
- b) realizează prelucrări de date informatice, la solicitarea în scris a departamentelor de specialitate din cadrul casei, în colaborare cu acestea, în vederea obținerii de informații pentru diverse raportări;
- c) administrează site-ul propriu <http://www.cnas.ro/casamm/>;
- d) asigură gestionarea informatică a utilizatorilor casei de asigurări și a drepturilor de acces în rețeaua informatică a casei și în PIAS;
- e) analizează problemele semnalate pe PIAS de compartimentele de specialitate sau de către furnizori/asigurați împreună cu personalul de specialitate din cadrul Compartimentului Tehnologia Informației și în cazul în care nu pot fi rezolvate la nivelul casei de asigurări le transmit către CNAS;
- f) asigură activitățile specifice CEAS derulate la nivel casei conform actelor normative în vigoare;
- g) asigura activitățile specifice cardului european.

CAP. IV

Organele de conducere ale casei de asigurări

ART. 7

Organele de conducere ale casei de asigurări sunt consiliul de administrație și președintele-director general, manager al sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

Secțiunea 1

Consiliul de Administrație al casei de asigurări

ART. 8

(1) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin potrivit legii, a Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a prezentului Statut, consiliul de administrație al casei de asigurări adoptă hotărâri.

(2) Consiliul de administrație al casei de asigurări are următoarele atribuții generale:

- a) aproba proiectul statutului propriu al casei de asigurări, cu respectarea statutului - cadru;
- b) avizează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli anual aferent Fondului;
- c) aprobă rapoartele de gestiune semestriale și anuale, prezentate de președintele-director general;
- d) avizează politica de contractare propusă de președintele-director general, cu respectarea contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare ale acestuia;
- e) avizează programele de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare;
- f) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în baza Regulamentului-cadru de organizare și funcționare al consiliilor de administrație al caselor de asigurări, avizat de consiliul de administrație al CNAS și aprobat prin ordin al președintelui CNAS;
- g) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății.

ART. 9

(1) Membrii Consiliului de Administrație al casei de asigurări trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie cetățeni români și să aibă domiciliul pe teritoriul României;
- b) să aibă calitatea de asigurat;
- c) să nu aibă cazier judiciar sau fiscal.

(2) Membrii consiliului de administrație au obligația de a depune declarație de avere și o declarație de interese cu privire la incompatibilitățile prevăzute de lege, în termen de 15 zile de la numirea în consiliul de administrație al casei de asigurări, precum și la expirarea mandatului. Declarația de interese va fi actualizată ori de câte ori intervin modificări. Actualizarea se face în termen de 30 de zile de la data modificării

respective. Declarațiile se vor afișa pe site-ul casei de asigurări. Modelul declarației de interese se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.

ART. 10

Consiliul de administrație al casei de asigurări de sănătate este alcătuit din 11 membri, cu un mandat de 4 ani, desemnați după cum urmează:

- a) unul de consiliul județean;
- b) unul de prefect, la propunerea autorității de sănătate publică județene;
- c) 3 de confederațiile patronale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- d) 3 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- e) 2 de consiliile județene ale persoanelor vârstnice;
- f) președintele, care este directorul general al casei de asigurări.

ART. 11

(1) Consiliul de administrație al casei de asigurări se întrunește ori de câte ori este necesar, dar cel puțin o dată pe lună și funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 7 membri.

(2) Hotărârile consiliului de administrație se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți și se iau prin vot deschis. Votul secret este obligatoriu ori de câte ori membrii consiliului de administrație hotărăsc, cu majoritate în acest sens.

(3) În condițiile în care la prima convocare a unei ședințe a consiliului de administrație nu se îndeplinește cvorumul prevăzut la alin. (1), președintele – directorul general, în calitate de președinte al consiliului de administrație, are dreptul să convoace o nouă ședință în termen de maximum 7 zile, în cadrul căreia hotărârile sunt luate cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

(4) La ședințele consiliului de administrație, președintele poate invita persoane care au legătură cu subiectele supuse dezbaterii.

(5) Atunci când, în decursul a 12 luni, membrii se retrag de două ori din ședințe sau în cazul în care membrii lipsesc nemotivat de la cel mult două ședințe în decurs de 6 luni, președintele va informa instituțiile sau organizațiile de la care aceștia provin pentru a fi luate măsurile necesare în vederea asigurării prezenței la ședințele Consiliului de Administrație.

ART. 12

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

(2) Mandatul președintelui - director general al casei de asigurări de sănătate nu poate fi revocat de către consiliul de administrație.

ART. 13

(1) Consiliul de administrație se întrunește lunar, la convocarea președintelui – director general. Consiliul de administrație se poate întruni și în ședințe extraordinare, la cererea președintelui sau a cel puțin unei treimi din numărul membrilor săi.

(2) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin Consiliul de administrație adoptă hotărâri, în condițiile prevăzute la art. 12.

Art. 14

(1) Membrii consiliului de administrație al casei de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din salariul funcției de director general al casei de asigurări, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.

(2) Membrii consiliului de administrație, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai casei, cu excepția președintelui – director general, și nu pot ocupa funcții în structurile executive ale caselor de asigurări. Aceștia nu pot exercita activități la societăți reglementate de Legea nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sau la alte unități care se află în relații contractuale cu casele de asigurări.

(3) Indemnizația prevăzută la alin. (1) pentru membrii consiliului de administrație se acordă proporțional, în funcție de numărul ședințelor care au loc în cadrul unei luni și de numărul ședințelor la care participă efectiv.

(4) Ședințele consiliului de administrație sunt publice, cu excepția cazurilor în care membrii consiliului decid prin vot ca acestea să se desfășoare cu ușile închise. Problemele legate de buget se vor discuta întotdeauna în ședințe publice.

(5) Președintele-director general poate face publice hotărârile adoptate de consiliul de administrație în interesul promovării imaginii și transparenței casei de asigurări.

(6) Membrii consiliului de administrație sunt obligați să participe la ședințe. Neparticiparea se comunică din timp și motivat președintelui consiliului de administrație.

(7) Membrii consiliului de administrație nu pot părăsi ședințele înainte de încheierea acestora. În cazuri motivate și numai dacă prin absența respectivă nu este afectat cvorumul necesar luării unor hotărâri, unii membri pot părăsi lucrările cu aprobarea prin vot a majorității simple a membrilor consiliului de administrație.

Secțiunea 2

Președintele - director general al casei de asigurări

ART. 15

(1) Funcția de președinte-director general, manager al sistemului la nivel local, la nivelul casei de asigurări care funcționează în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se exercită ca urmare a ocupării postului prin concurs sau cu delegare. Președintele-director general este numit prin act administrativ al președintelui CNAS și încheie contract de management cu acesta, potrivit legii. Președintele-director general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei de asigurări și președintele acestuia. Președintele-director general al casei de asigurări este ordonator de credite, în condițiile legii.

(2) Între CNAS și președintele-director general al casei de asigurări, manager al sistemului la nivel local, se încheie un contract de management pentru un mandat de 4 ani. Contractul conține indicatori de performanță generali și specifici, are natură civilă și se supune regulilor generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, iar modelul acestuia se avizează de Consiliul de administrație al CNAS.

(3) Indicatorii de performanță generali și specifici și cerințele specifice postului de președinte-director general al casei de asigurări se avizează de Consiliul de administrație al CNAS și se aprobă prin ordin de președintele CNAS.

(4) Metodologia privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de președinte-director general în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță generali și specifici, încheierea contractului de management și evaluarea activității managerului sistemului la nivel local se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.

(5) Salarizarea și celelalte drepturi ale președintelui-director general se stabilesc prin contractul de management în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

(6) De la momentul punerii în mișcare a acțiunii penale pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție și de serviciu, infracțiuni care împiedică îndeplinirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite în legătură cu exercitarea mandatului, președintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al președintelui-director general pentru o perioadă de cel mult 60 de zile calendaristice în cadrul unui mandat.

(7) Mandatul președintelui-director general al casei de asigurări încetează în următoarele situații:

- a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;
- b) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în cazul evaluării mandatarului președinte-director general cu calificativul "nesatisfăcător" sau în cazul obținerii de către acesta a punctajului zero la unul dintre indicatorii prevăzuți în anexa la contractul de management, în condițiile legii;
- c) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în condițiile art. 2.030 lit. a) și art. 2.031 alin. (1) și (2) din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările ulterioare;
- d) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în cazul în care se menține și după 60 de zile calendaristice situația care a impus suspendarea contractului de management potrivit alin. (5);
- e) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, la modificarea cu peste 50% a indicatorilor de performanță care au stat la baza încheierii prezentului contract;
- f) prin renunțarea de către mandatarul președinte-director general la mandatul încredințat;
- g) prin acordul părților;
- h) prin decesul sau punerea sub interdicție judecătorească a mandatarului președinte-director general;
- i) prin desființarea sau reorganizarea casei de asigurări de sănătate;
- j) prin modificarea legislației specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate în ceea ce privește statutul președintelui-director general, manager al sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
- k) la data îndeplinirii cumulative a condițiilor de vârstă standard și a stagiului minim de cotizare pentru pensionare; la data comunicării deciziei de pensie în cazul pensiei de invaliditate de gradul III, pensiei anticipate parțiale, pensiei anticipate, pensiei pentru limită de vârstă cu reducerea vârstei standard de pensionare; la data comunicării deciziei medicale asupra capacității de muncă în cazul invalidității de gradul I sau II.

(8) În cazul în care președintele-director general al casei de asigurări este numit cu delegare să exercite mandatul, acesta poate înceta atât în condițiile prevăzute la alin. (6), precum și la data numirii de către președintele CNAS a unei alte persoane care să exercite cu delegare mandatul de președinte-director general sau ca urmare a ocupării postului prin concurs, în condițiile legii.

(9) Președintele-director general al casei de asigurări, manager al sistemului la nivel local, are obligația de a depune declarația de interese și declarația de avere la numirea în funcție (primirea mandatului) și anual, în condițiile legii.

(10) Președintele-director general al casei de asigurări poate delega atribuțiile, în totalitate sau în parte, unuia dintre directorii executivi sau oricărei altei persoane din cadrul casei de asigurări de sănătate, temporar, în situații temeinic justificate, numai cu aprobarea prealabilă a președintelui CNAS.

ART. 16

(1) Atribuțiile președintelui - director general al casei de asigurări sunt stabilite prin statutul casei și contractul de management, avându-se în vedere un plan de management pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

(2) Președintele - director general al casei de asigurări, în calitate de manager al sistemului la nivel local, realizează planul de management urmărind execuția obiectivelor și indicatorilor de performanță cuprinși în contractul de management.

(3) Președintele - director general al casei de asigurări are următoarele atribuții:

- a) aplică normele de gestiune, regulamentele de organizare și de funcționare și procedurile administrative unitare;
- b) organizează și coordonează activitatea de control a execuției contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale cu care casa de asigurări de sănătate s-a aflat / se află în relații contractuale;
- c) organizează și coordonează activitatea de monitorizare și control a colectării contribuției pentru concedii și indemnizații și a recuperării tuturor creanțelor restante datorate la bugetul FNUASS, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, cu modificările și completările ulterioare;
- d) propune programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, potrivit legii;
- e) stabilește modalitatea de contractare, cu respectarea contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare ale acestora;
- f) organizează împreună cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguraților și propune măsuri în caz de nerespectare a acestora;
- g) supraveghează și controlează organizarea și funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivel teritorial și prezintă anual rapoarte, pe care le dă publicității;
- h) numește, sancționează și eliberează din funcție personalul casei de asigurări;
- i) administrează bunurile mobile și imobile dobândite de casa de asigurări în condițiile legii;
- j) reprezintă casa de asigurări în relațiile cu terții;
- k) asigură elaborarea statutului propriu cu respectarea prevederilor legale în vigoare, ale statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale statutului cadru aprobat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- l) convoacă consiliul de administrație;
- m) conduce ședințele consiliului de administrație;
- n) respectă atribuțiile prevăzute de legislația finanțelor publice pentru ordonatorii de credite;
- o) asigură aducerea la îndeplinire a planului de management asumat la momentul numirii în funcție;
- p) alte atribuții date în competența sa de actele normative în vigoare, de prezentul statut și de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 17

În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, precum și pentru punerea în aplicare a hotărârilor consiliului de administrație al casei de asigurări, președintele - director general emite decizii, care devin executorii după ce sunt aduse la cunoștință persoanelor interesate.

ART. 18

Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al casei de asigurări propus de conducătorul acesteia în calitate de ordonator de credite este definitivat de către președintele CNAS, în calitate de ordonator principal de credite, în conformitate cu dispozițiile legislației privind finanțele publice în vigoare și normele metodologice elaborate de Ministerul Finanțelor Publice.

CAP. V

Incompatibilități

ART. 19

(1) Membrii consiliului de administrație ale casei de asigurări, precum și personalul angajat al acesteia, indiferent de nivel, nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății, direcțiilor de sănătate publică, furnizorilor de servicii medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate ale căror servicii se

decontează din fond, unităților sanitare, cabinetelor medicale, funcții alese sau numite în cadrul CMR, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului București, în cadrul CMDR, colegiilor județene ale medicilor dentiști, respectiv al municipiului București, în cadrul CFR, colegiilor județene ale farmaciștilor, respectiv al municipiului București, organizațiilor centrale și locale ale OAMMR, organizațiilor centrale și locale ale OBBC sau funcții în cadrul societăților reglementate de Legea societăților nr.31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu profil de asigurări, farmaceutic sau de aparatură medicală.

(2) Personalului din cadrul casei de asigurări, cu statut de funcționar public, îi sunt aplicabile și dispozițiile 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.

(3) Constituie conflict de interese deținerea de către membrii consiliului de administrație al casei de asigurări, precum și de către personalul angajat al acesteia de părți sociale, acțiuni sau interese la furnizorii care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări. 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.

(4) Membrii consiliului de administrație al casei de asigurări care, fie personal, fie prin soț, soție, afini sau rude până la gradul al IV-lea inclusiv, au un interes patrimonial în problema supusă dezbaterii consiliului de administrație nu pot participa la dezbaterile consiliului de administrație și nici la adoptarea hotărârilor.

(5) Persoanele care se află în una dintre incompatibilitățile prevăzute la alin. (1) vor opta pentru una dintre funcțiile ocupate în termen de 30 de zile.

ART. 20

Membrii consiliului de administrație al casei de asigurări, pe perioada exercitării mandatului, nu pot fi salariați ai acestei instituții cu excepția președintelui - director general și nu pot ocupa funcții în cadrul CNAS sau al caselor de asigurări.

CAP. VI

Drepturi salariale

ART. 21

(1) Salarizarea funcționarilor publici/personalului contractual din cadrul casei de asigurări de sănătate se face potrivit reglementărilor în vigoare privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice.

(2) Angajarea funcționarilor publici/personalului contractual în cadrul casei de asigurări se face prin concurs sau prin altă modalitate de ocupare, cu respectarea prevederilor OUG nr.57/2019 privind Codul administrativ, respectiv ale legislației muncii în vigoare.

ART. 22

(1) În carieră, funcționarul public/personalul contractual poate promova în funcția publică/funcția contractuală, în condițiile legii.

(2) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale funcționari publici/personalului contractual se face anual, în condițiile legii.

ART. 23

Statul de funcții al casei de asigurări, se aprobă anual de președintele CNAS, în calitate de ordonator principal de credite, după aprobarea legii bugetului de stat.

CAP. VII

Serviciul medical. Controlul furnizării serviciilor

ART. 24

(1) La nivelul casei de asigurări funcționează un serviciu medical, condus de un medic-șef, dimensionat în raport cu numărul asiguraților.

(2) Serviciul medical al casei de asigurări urmărește interesele asiguraților și cu privire la calitatea serviciilor acordate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați sau care s-au aflat în relații contractuale cu casa de asigurări.

ART. 25

Casa de asigurări organizează și efectuează controlul serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale care se acordă asiguraților de către furnizorii cu care se află sau a fost în relații contractuale, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

CAP. VIII

Dispoziții finale

ART. 26

Personalul casei de asigurări este cuprins și participă la programele de pregătire și perfecționare continuă, organizate de CNAS prin structurile specializate ale acesteia, în limita fondurilor aprobate cu această destinație prin bugetul anual.

ART. 27

(1) Casa de asigurări are în dotare, pentru transportul persoanelor din aparatul propriu, un număr de autoturisme cu un consum lunar de carburant stabilit conform normelor legale în vigoare.

(2) Pentru îndeplinirea activităților specifice, autoturismele din parcurile auto proprii ale casei de asigurări pot fi conduse de salariații cu funcții de răspundere, nominalizați prin decizie a președintelui-director general.

ART. 28

Prezentul proiect de statut a fost avizat în ședința de Consiliu de administrație din data de 30.07.2019, urmând a fi supus aprobării Președintelui CNAS.

**PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL,
EC. PRODAN CARMEN ELEONORA**