



PARLAMENTUL ROMÂNIEI
SENAT

Comisia pentru buget, finante, activitate bancara si piata de capital

Nr. XXII / 528 / 20.09.17

AVIZ
la

Propunerea legislativă pentru completarea art.271 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

L197/2017

Comisia pentru buget, finante, activitate bancara si piata de capital, prin adresa **L197/2017** a fost sesizată, în vederea întocmirii avizului, cu propunerea legislativa mentionata, initiata de Stan Ioan - senator PSD; Calotă Florică Ică - deputat ALDE; Dîrzu Ioan - deputat PSD; Ilișanu Claudiu-Augustin - deputat PSD; Munteanu Ioan - deputat PSD; Petrea Gabriel - deputat PSD; Rotaru Alexandru - deputat PSD; Șerban Ciprian-Constantin - deputat PSD, si a hotarat să adopte **aviz favorabil cu amendamentele** prevazute in anexa.

Președinte,

Senator Eugen Teodorovici

Secretar,

Senator Viorel Arcaș

*Domnului senator László Attila
Președintele Comisiei pentru sănătate publică*

Amendamente admise
la Propunerea legislativă pentru completarea art.271 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
L197/2017

Nr. crt.	Text Legea 95/2006	Text propunere legislativa	Amendamente	Motivatie
1.		<p>Articol unic - La alineatul (1) al articolului 271 din Legea nr. 95/2016 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificarile si completarile ulterioare, se introduce o noua litera, litera d), cu urmatorul cuprins:</p>	<p>Articol unic. - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:</p>	
2.	<p>Art. 138</p> <p>Furnizorii de servicii medicale de specialitate au următoarele obligații specifice:</p> <p>a) înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea datelor colectate rezultate din activitatea proprie, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;</p> <p>b) raportarea datelor prevăzute la lit. a) se face către Ministerul Sănătății, structurile de</p>		<p>1. Articolul 138 se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>Furnizorii de servicii medicale de specialitate, atât publici cât și privați, au următoarele obligații specifice:</p> <p>a) înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea tuturor datelor legate de contract rezultate din activitatea proprie, lunar, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăți;</p> <p>b) raportarea datelor prevăzute la lit. a) se face către Ministerul Sănătății, structurile</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>

	<p>specialitate ale Ministerului Sănătății și, după caz, către ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel național, în vederea fundamentării deciziilor de politică de sănătate, precum și pentru raportarea datelor către organismele internaționale;</p> <p>c) raportarea către CNAS și casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale a tuturor datelor menționate în contractele încheiate cu aceștia;</p> <p>d) păstrarea, securizarea și asigurarea sub formă de document scris și electronic a documentației primare, ca sursă a acestor date, constituind arhiva furnizorului, conform reglementărilor legale în vigoare.</p>		<p>de specialitate ale Ministerului Sănătății și, după caz, către ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel național, în vederea fundamentării deciziilor de politică de sănătate, precum și pentru raportarea datelor către organismele internaționale;</p> <p>c) raportarea către CNAS, casele de asigurări de sănătate, dar și către asiguratorii care practică asigurări voluntare de sănătate, cu care se află în relații contractuale a tuturor datelor menționate în contractele încheiate cu aceștia;</p> <p>d) păstrarea, securizarea și asigurarea sub formă de document scris și electronic a documentației primare, ca sursă a acestor date, constituind arhiva furnizorului, conform reglementărilor legale în vigoare.</p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	
3.	<p>Art.248 (1) Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt: t) activități de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin contractul-cadru.</p>		<p>2. La articolul 248, alineatul (1), după litera t) se introduce o nouă literă, litera u), având următorul cuprins:</p> <p>u) serviciile medicale furnizate sub formă de abonament.</p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>

<p>4.</p>	<p>Art. 271 (1) Sumele colectate în condițiile art.265 alin. (2) se utilizează astfel: a) pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte; b) o cotă de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS și caselor de asigurări de sănătate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%; c) fondul de rezervă în cotă de 1% din sumele constituite anual la nivelul CNAS, în condițiile prevăzute la art. 265 alin. (4).</p>	<p>d) o cota de 0.2% din contributia lunara pentru asigurarile sociale de sanatate ale persoanelor fizice, diagnosticate cu diabet si prediabet, pentru finanatarea cercetarii stiintifice in domeniul prevenirii si tratarii diabetului zaharat de tip I si II, in vederea vindecarii acestei afectiuni.</p>	<p>3. La articolului 271, alineatul (1), dupa litera c) se introduce o noua litera, lit.d), cu urmatorul cuprins:</p> <p>d) o cota de 0.2% din contributia lunara pentru asigurarile sociale de sanatate ale persoanelor fizice, diagnosticate cu diabet si prediabet, pentru finanatarea cercetarii stiintifice in domeniul prevenirii si tratarii diabetului zaharat de tip I si II, prin derogare de la prevederile art.8 alin.(2) din Legea nr.500/2002 privind finantele publice, cu modificarile si completarile ulterioare.</p> <p>Autor: Sen. Nicoleta-Ramona Dinu</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”. Domeniul și scopul cercetării științifice sunt precizate anterior, respectiv prevenirea și tratarea diabetului zaharat de tip I și II. Completarea textului lit.d) are în vedere principiul universalității, potrivit căruia veniturile bugetare nu pot fi afectate direct unei cheltuieli bugetare anume, cu excepția donațiilor și sponsorizărilor, care au stabilite destinații distincte. Prin urmare, se impune menționarea unei derogări de la prevederile art.8 alin.(2) din Legea nr.500/2002 privind finanțele publice.</p>
-----------	--	--	---	--

5.	<p>Art.347</p> <p>h) servicii medicale furnizate sub formă de abonament - servicii medicale preplătite pe care furnizorii le oferă în mod direct abonaților și nu prin intermediul asigurătorilor, în afara serviciilor din pachetul de servicii medicale de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate.</p>		<p>4. La articolul 347, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>h) <i>servicii medicale furnizate sub formă de abonament - servicii medicale preplătite, cu respectarea legislației în vigoare pentru autorizarea, înființarea și funcționarea furnizorilor de servicii medicale dar și cu privire la activitățile financiare care decurg dintr-un contract de abonament sau dintr-o obligație prevăzută de lege, prin care furnizorul se obligă ca în schimbul unei sume primite periodic să suporte costurile serviciilor medicale pe care abonații le-ar putea efectua și pe care furnizorii le oferă în mod direct abonaților și nu prin intermediul asigurătorilor, în afara serviciilor incluse în pachetul de servicii medicale de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate.</i></p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>
6.	<p>Art. 357</p> <p>(1) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să elibereze documente justificative de decontare (factură, chitanță) pentru serviciile medicale prestate acoperite prin asigurările voluntare de sănătate.</p> <p>(2) În cazul în care nu există un contract încheiat între asigurător și furnizorii de servicii medicale, decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative</p>		<p>5. La articolul 357, după alineatul (4) se introduc două noi alineate, alin.(5) și (6), având următorul cuprins:</p> <p>(5) În baza contractului încheiat între furnizorii de servicii și asigurătorii autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate, furnizorii nu vor deconta aceleași servicii efectuate acelorași asigurați, pentru același episod</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>

	<p>emise de furnizorul de servicii medicale.</p> <p>(3) Unitățile sanitare publice au obligația de a respecta, în relația cu asiguratorii, tarifele maxime privind asigurările suplimentare de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.</p> <p>(4) Furnizorii privați pot stabili, prin negociere, alte tarife decât cele menționate la alin. (3).</p>		<p>de boală, atât în sistemul asigurărilor sociale de sănătate cât și în sistemul asigurărilor voluntare de sănătate.</p> <p>(6) Asiguratorii autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate vor solicita furnizorilor de servicii medicale cu care se află în contract o evidență lunară cu privire la decontarea serviciilor medicale pentru pacienții care beneficiază de asigurare voluntară de sănătate aflați în contract cu aceștia.</p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	
7.	<p>Art. 358</p> <p>(1) Autoritatea de Supraveghere Financiară supraveghează activitatea asiguratorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile legale.</p> <p>(2) Fiecare asigurator autorizat să practice asigurările voluntare de sănătate are obligația, în vederea încheierii contractelor de asigurare de acest tip, să obțină avizarea de către direcția de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății a listei furnizorilor de servicii medicale agreeți, alții decât cei aflați deja în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și să reactualizeze această listă înaintea contractării unui nou furnizor.</p>		<p>6. Articolul 358 se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>(1) Autoritatea de Supraveghere Financiară supraveghează activitatea asiguratorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile legale.</p> <p>(2) Fiecare asigurator autorizat să practice asigurările voluntare de sănătate are obligația, în vederea încheierii contractelor de asigurare de acest tip, să obțină avizarea listei furnizorilor de servicii medicale agreeți, alții decât cei aflați deja în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și să reactualizeze această listă înaintea contractării unui nou furnizor. Avizarea și reactualizarea listei se obțin</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>

de la direcția de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății

(3) In scopul completării serviciilor medicale care se regăsesc în pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv al numărului de accesări ale acestora, Ministerul Sanatatii si Autoritatea de Supraveghere Financiară elaboreaza un pachet minim de servicii medicale pentru asigurările voluntare de sănătate, obligatoriu pentru toți asigurații care practică asigurări voluntare de sănătate.

(4) La elaborarea pachetului minim de servicii acoperit prin asigurările voluntare de sănătate se va ține cont de frecvența accesărilor, de tipul serviciilor care se regăsesc în pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de complementaritatea serviciilor, precum și de nevoia introducerii de servicii suplimentare. Pachetul minim de servicii acoperit prin asigurările voluntare de sănătate va fi dimensionat pentru a susține acoperirea nevoii de servicii medicale pentru populatie.

(5) Pachetul minim de servicii pentru asigurarea voluntara de sanatate, prevazut la alin.(3), se aproba prin

			<p>hotarare a Guvernului, odata cu aprobarea contractului – cadru pentru sistemul asigurarilor sociale.</p> <p>(6) Pachetele de asigurări voluntare de sănătate, oferite de către asiguratorii care practică asigurări voluntare de sănătate, conțin obligatoriu și pachetul minim de servicii prevazut la alin.(3).</p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	
8.	<p>Art. 365</p> <p>Ministerul Sănătății și Autoritatea de Supraveghere Financiară vor elabora împreună sau separat, după caz, norme metodologice de aplicare a prezentului titlu în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a acestuia.</p>		<p>7. La articolul 365, se introduce un nou alineat, alin.(2), care va avea următorul cuprins:</p> <p>(2) In termenul prevazut la alin.(1), Ministerul Sănătății, C.N.A.S. și Autoritatea de Supraveghere Financiară elaboreaza împreună sau separat, după caz, norme metodologice cu privire la încheierea și derularea contractelor de asigurări voluntare de sănătate, atât între asiguratorii și asigurații cât și între asiguratorii și furnizorii de servicii medicale.</p> <p>Autor: Sen. Eugen Teodorovici</p>	<p>Amendament adoptat de Comisia pentru buget, finanțe cu 7 voturi „pentru”.</p>