

## **EXPUNERE DE MOTIVE**

### **Secțiunea 1**

#### **Titlul proiectului act normativ**

#### **LEGE**

privind aprobarea Ordonanței de urgență pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

### **Secțiunea a 2 – a**

#### **Motivul emiterii actului normativ**

#### **1. Descrierea situației actuale**

Prevederile actuale din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, nu cuprind reglementări prin care persoanele fizice care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, respectiv venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii de către plătitorul de venit a Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate, prevăzută la art. 147 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare. Totodată, pentru persoanele fizice care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă nu este reglementată data încetării calității de asigurat, în raport cu prevederile cuprinse în Codul fiscal.

Persoanele fizice care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pot fi raportate de plătitorul de venit care are obligația să calculeze, să rețină și să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate, precum și să depună declarația D112 sau pot să depună declarația unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice.

Potrivit prevederilor actuale ale Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu cele ale Codului fiscal, pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și persoanele fizice prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal, care depun Declarația unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de

persoanele fizice calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate încetează la data de 31 decembrie 2018.

În aceasta situație, începând cu data de 1 ianuarie 2019 și până la noul termen de depunere al declarațiilor, persoanele mai sus menționate nu mai pot face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, neputând astfel beneficia de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, deși după depunerea declarațiilor unice, contribuția de asigurări sociale de sănătate se va plăti pentru întreg anul 2019, fiind încălcat dreptul la sănătate al acestor categorii de persoane.

La articolul 224 alin. (1) lit. d) și e) sunt prevăzute categoriile de persoane care beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, respectiv persoanele prevăzute în legi speciale pentru drepturile bănești acordate de aceste legi, pentru care, potrivit art. 244 alin. (2), valoarea medicamentelor cuprinse în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală prescrise pentru tratamentul afecțiunilor se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, de la apariția Legii nr. 95/2006, casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cu furnizori autorizați și evaluați. În anul 2015, reglementarea a fost modificată în sensul că CNAS încheie contracte numai cu unitățile sanitare acreditate. Astfel, pentru a nu se crea disfuncționalități în întregul sistem de asigurări sociale de sănătate în acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, având în vedere că potrivit legii, procesul de acreditare s-a desfășurat numai pentru unitățile sanitare cu paturi, în perioada 2016 - 2018, art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, a fost completat în sensul reglementării unor norme tranzitorii, astfel încât în această perioadă casele de asigurări de sănătate să poată încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu unitățile sanitare autorizate și evaluate, potrivit legii.

Având în vedere că:

- până în prezent nu au fost acreditate sau înscrise în procesul de acreditare toate unitățile sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări sociale de sănătate;

- Camera Deputaților – cameră decizională, a adoptat propunerea legislativă pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății (PL-x. 510/2018), proiect de act normativ prin care se propune modificarea Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate și a Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul exceptării de la procesul de acreditare a cabinetelor de medicină de familie și a cabinetelor medicale dentare, a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică. Totodată,

se reglementează faptul că Legea nr. 185/2017 nu se aplică unităților farmaceutice – farmacii și oficine de circuit deschis. Proiectul de lege urmează să fie transmis spre promulgare Președintelui României;

este necesară reglementarea de urgență a unei norme tranzitorii și pentru anul 2019, astfel încât să nu se ajungă la un blocaj în sistemul de asigurări sociale de sănătate și la discontinuități în acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, pentru persoanele asigurate.

Prin Legea nr. 128/2018, a fost completat art. 386 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și s-a reglementat faptul că în vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate au obligația să încheie un contract cu medicul specialist în una dintre specialitățile clinice sau paraclinice prevăzute de Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera certificate de concediu medical, bilete de trimitere pentru consultații și investigații paraclinice gratuite, rețete gratuite sau compensate.

Față de reglementările mai sus menționate în vigoare în prezent, pentru a asigura integrarea acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate (astfel cum acesta este reglementat în prezent de actele normative în vigoare), este necesar a se ține cont de următoarele aspecte:

- medicul cu specialitatea paraclinică nu poate elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice sau pentru investigații medicale paraclinice, respectiv nu poate elibera concedii medicale. Recomandarea pentru investigații paraclinice, respectiv pentru servicii medicale clinice de specialitate / servicii medicale spitalicești, se face în urma consultației de către medicul specialist din specialitățile clinice în vederea stabilirii diagnosticului, pentru monitorizarea evoluției, ajustarea terapiei, etc.

- nu se precizează care sunt condițiile pentru încheierea și derularea contractelor la care se face referire;

- bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), inclusiv alocarea pe segmente de asistență medicală, se aprobă de Parlament la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat. Posibilitatea eliberării biletelor de trimitere pentru specialități clinice/investigații paraclinice și a prescripțiilor medicale – decontate din FNUASS – și de către medici care nu sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate induce cheltuieli în sistemul de asigurări sociale de sănătate, fără a avea o dimensiune a cheltuielilor și, implicit, imposibilitatea de a stabili impactul financiar asupra FNUASS, precum și un control al prescripțiilor/biletelor recomandate.

- în Nomenclatorul de specialități medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală (aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1509/2008, cu modificările și completările ulterioare), în cadrul specialităților clinice – grupa specialităților medicale, se regăsesc: anestezie și terapie intensivă, expertiza medicală a capacității de muncă, farmacologie clinică, medicină de urgență, medicină sportivă, medicina muncii, cu precizarea că serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de

muncă, asistență medicală a sportivilor, sunt servicii care nu sunt decontate din FNUASS.

Rezultă astfel că este necesară reglementarea urgentă a mecanismului de contractare și suportare din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a investigațiilor paraclinice și a medicamentelor prescrise de medicii care nu au încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte de furnizare de servicii medicale, în caz contrar norma legală instituită de Legea nr. 12/2018 negăsindu-și aplicabilitatea în actualul context legislativ.

## **2. Schimbări preconizate**

Promovarea acestui act normativ este determinată în principal de:

- necesitatea punerii în concordanță a dispozițiilor din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, referitoare la modalitatea de dobândire/încetare a calității de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de către persoanele fizice care realizează unele venituri, altele decât cele din salarii și asimilate salariilor, asupra cărora datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, potrivit Codului fiscal, ținând cont de faptul că persoanele fizice care realizează venituri asupra cărora se datorează sau optează să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate potrivit Codului fiscal, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarațiilor fiscale, iar încetarea acesteia are loc după expirarea perioadei pentru care au fost depuse declarațiile dacă acestea nu sunt depuse pentru perioada următoare;

- necesitatea reglementării cadrului legal astfel încât persoanele fizice care realizează venituri asupra cărora se datorează sau optează să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate, potrivit Codului fiscal să poată beneficia de calitatea de asigurat pentru anul fiscal următor și de drepturile care decurg din aceasta, până la expirarea termenului de depunere al declarației unice, întrucât lipsa unor astfel de reglementări conduce la apariția unor situații de natură a afecta dreptul la sănătate al cetățenilor, care deși au calitatea de asigurat, nu pot face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și nu pot beneficia de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

Astfel, se reglementează că persoanele fizice care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, respectiv venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii de către plătitorul de venit a Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate, prevăzută la art. 147 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru asigurarea accesului neîntrerupt la servicii medicale și medicamente în cadrul sistemului de asigurări sociale de asigurări de sănătate, se reglementează faptul că pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației prevăzută la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.

Totodată, prin proiectul de act normativ se reglementează data încetării calității de asigurat și pentru persoanele fizice care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, în concordanță cu prevederile cuprinse în Codul fiscal referitoare la modalitatea și termenele de declarare ale acestor venituri, respectiv la data expirării termenului legal de depunere al declarației, prevăzută la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.

Măsurile sunt necesare întrucât, în prezent, un contribuabil care depune în termenul legal declarația unică nu va avea calitatea de asigurat între data de 31 decembrie a anului anterior și data efectivă de depunere a declarației.

Pentru claritatea textului și pentru a asigura concordanța cu actele normative prin care au fost instituționalizate categoriile de persoane la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), este necesară completarea art. 244 alin. (2), întrucât pentru aceste categorii de persoane, valoarea medicamentelor cuprinse în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală prescrise pentru tratamentul afecțiunilor se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare, rezultând astfel asigurarea unui acces neîntrerupt la medicamente a categoriilor de persoane prevăzute în legi speciale, indiferent dacă acestea realizează sau nu alte venituri decât drepturile bănești acordate de aceste legi, având în vedere faptul că este necesară asigurarea aceleiași medicații pentru tratarea afecțiunilor.

În condițiile în care, potrivit reglementărilor actuale, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de casele de asigurări de sănătate numai cu unități sanitare autorizate și acreditate sau, după caz, înscrise în procesul de acreditare și având în vedere că în prezent nu sunt acreditate sau înscrise în procesul de acreditare toate unitățile sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru a nu se crea disfuncționalități în întregul sistem de asigurări sociale de sănătate în acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în anul 2019, prin proiectul de act normativ se reglementează o măsură tranzitorie prin care se asigură continuitatea acordării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în ambulatoriu în anul 2019.

Astfel, începând cu 1 ianuarie 2019, se reglementează situația în care unitățile sanitare din ambulatoriu neacreditate, să poată furniza servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin încheierea de contracte de furnizare

de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. În caz contrar, contractele de furnizare de servicii medicale cu unitățile sanitare neacreditate / neînscrise în procesul de acreditare ar înceta la data de 31 decembrie 2018, astfel încât ar rezulta o diminuare majoră a numărului unităților sanitare care acordă asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, începând cu 1 ianuarie 2019 și, implicit, o restricționare a accesului pacienților la serviciile medicale acordate de către unitățile sanitare care nu sunt acreditate / înscrise în procesul de acreditare, ceea ce ar conduce la discontinuități și întreruperi în acordarea serviciilor medicale pentru persoanele asigurate.

Pentru înlăturarea discrepanțelor majore în acordarea serviciilor medicale către persoanele asigurate, care au dreptul la același pachet de servicii de bază, prin proiectul de act normativ se asigură reglementarea unui cadru unitar de încheiere și derulare a contractelor cu medicii specialiști pentru eliberare de bilete de trimitere și prescripții medicale, alții decât cei care furnizează servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Totodată, pentru a da eficiență prevederilor art. 386 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acesta a fost modificat prin Legea nr. 128/2018, respectiv pentru evitarea paralelismului legislativ, precum și pentru respectarea unității terminologice în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, este necesară modificarea acestor prevederi în sensul eliminării sintagmei ”certIFICATE DE CONCEDIU MEDICAL”. Pentru asigurarea unicității de exprimare în cuprinsul actului normativ, sintagmele ”rețete gratuite sau compensate” și ”bilete de trimitere pentru consultații și investigații paraclinice gratuite”, vor fi înlocuite cu sintagmele ”prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală” și ”biletele de trimitere pentru specialități clinice și biletele de trimitere pentru investigații paraclinice”, stabilindu-se ca modalitatea de contractare și decontare a acestor servicii să fie reglementată prin hotărâre de guvern, elaborată în termen de 3 luni de la data aprobării bugetului de stat pe anul 2019.

În reglementare a fost cuprinsă condiția de încheiere a contractelor pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, întrucât în legislația specifică asigurărilor sociale de sănătate sunt definite investigațiile paraclinice și medicamentele care pot fi prescrise numai pentru specialitățile din contractele de furnizare, precum și nivelul tarifelor care pot fi decontate din FNUASS.

### **3. Alte informații**

#### **Secțiunea a 3-a**

#### **Impactul socio-economic al proiectului de act normativ**

##### **1. Impact macro-economic**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

##### **1<sup>1</sup>. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

##### **2. Impact asupra mediului de afaceri**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

##### **2<sup>1</sup>. Impactul asupra sarcinilor administrative**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

## 2<sup>2</sup>. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

## 3. Impact social

Adoptarea prezentului proiect de Ordonanță a Guvernului are caracter social, prin asigurarea accesului în timp util și neîntrerupt la serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

## 4. Impact asupra mediului

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

## 5. Alte informații

Nu sunt

### Secțiunea a 4-a

#### Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani)

- în mii lei (RON) -

Indicatori	Anul curent - Sem. II	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. impozit pe profit ii. impozit pe venit b) bugete locale i. impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. contribuții de asigurări						
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii b) bugete locale: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat						

b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații						
<b>Secțiunea a 5-a</b>						
<b>Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare</b>						
<b>1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>1<sup>1</sup>. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente, făcându-se referire la un anume acord, o anume rezoluție sau recomandare internațională ori la alt document al unei organizații internaționale:</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>6. Alte informații</b>						
Nu sunt.						
<b>Secțiunea a 6-a</b>						
<b>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</b>						
<b>1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
<b>2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ</b>						
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.						
<b>3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor</b>						



**autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr.521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

**4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**5. Informații privind avizarea de către:**

a) Consiliul Legislativ a avizat favorabil proiectul prezentului act normativ prin avizul nr. 1172/2018.

b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării

c) Consiliul Economic și Social

d) Consiliul Concurenței

e) Curtea de Conturi.

**6. Alte informații**

Nu sunt.

#### **Secțiunea a 7-a**

#### **Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ**

**1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ**

Proiectul de act normativ este adoptat în conformitate cu prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.

**2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

**3. Alte informații**

Nu sunt

#### **Secțiunea a 8-a**

#### **Măsuri de implementare**

**1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

**2. Alte informații**

Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost elaborat proiectul de Lege privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pe care îl supunem Parlamentului spre adoptare.

**PRIM-MINISTRU**



**VIORICĂ DĂNCILĂ**



**TABEL COMPARATIV**

**proiect de ordonanță de urgență privind modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată**

Nr. crt.	Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății	Propunere modificare și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății	Motivare
1.	<p><b>Art. 222</b>                      (3) În cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzute la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.</p>	<p><b>Art. 222</b>                      (3) Persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1) sau 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz.</p>	<p>Se reglementează că persoanele fizice care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, respectiv venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii de către plătitorul de venit a Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate, prevăzută la art. 147 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare</p>
2.	<p><b>Art. 244</b>                      (2) Valoarea medicamentelor prevăzute la art. 242 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.</p>	<p><b>Art. 244</b>                      (2) Valoarea medicamentelor prevăzute la art. 242 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute în actele normative de la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.</p>	<p>Pentru claritatea textului și pentru a asigura concordanța cu actele normative prin care au fost instituționalizate categoriile de persoane la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), este necesară modificarea art. 244 alin. (2), întrucât pentru aceste categorii de persoane, valoarea medicamentelor cuprinse în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală</p>

			prescrise pentru tratamentul afecțiunilor se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.
3.		<b>La articolul 249, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:</b> (6) Prin excepție de la prevederile alin. (3) și art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, în anul 2019, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.	Pentru a nu se crea disfuncționalități în întregul sistem de asigurări sociale de sănătate în acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în anul 2019, respectiv pentru corelarea dispozițiilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017, prin proiectul de act normativ se asigură reglementarea unei măsuri tranzitorii prin care să se asigure continuitatea acordării serviciilor medicale în ambulatoriu în anul 2019, respectiv se reglementează situația în care unitățile sanitare din ambulatoriu neacreditate, dar aflate în proces de acreditare, să poată furniza servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin încheierea de contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.
4.	<b>Art. 267</b> (2 <sup>2</sup> ) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră perioada pentru care au depus declarația prevăzută la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.	<b>Art. 267</b> (2 <sup>2</sup> ) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației prevăzută la art. 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.	Se reglementează data încetării calității de asigurat și pentru persoanele fizice care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili potrivit titlurilor II și III sau Legii nr. 170/2016, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, în concordanță cu prevederile cuprinse în Codul fiscal referitoare la modalitatea și termenele de declarare ale

			acestor venituri, respectiv la data expirării termenului legal de depunere al declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.
5.	<p><b>Art. 386</b></p> <p>(5) În vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate au obligația să încheie un contract cu medicul prevăzut la alin. (1) lit. b), prin care acesta dobândește dreptul de a elibera certificate de concediu medical, bilete de trimitere pentru consultații și investigații paraclinice gratuite, rețete gratuite sau compensate.</p>	<p><b>Art. 386</b></p> <p>(5) În vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate încheie un contract cu medicul specialist cu specialitate clinică prevăzut la alin. (1) lit. b), pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărâre de guvern, elaborată în termen de 3 luni de la data aprobării bugetului de stat pe anul 2019.</p>	<p>Pentru a da eficiență prevederilor art. 386 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acesta a fost modificat prin Legea nr. 128/2018, respectiv pentru evitarea paralelismului legislativ, precum și pentru respectarea unității terminologice în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, este necesară modificarea acestor prevederi în sensul eliminării sintagmei "certificate de concediu medical". Totodată, pentru asigurarea unicității de exprimare în cuprinsul actului normativ, sintagmele "rețete gratuite sau compensate" și "bilete de trimitere pentru consultații și investigații paraclinice gratuite", vor fi înlocuite cu sintagmele "prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală" și "biletele de trimitere pentru specialități clinice și biletele de trimitere pentru investigații paraclinice", stabilindu-se ca modalitatea de contractare și decontare a acestor servicii să fie reglementată prin hotărâre de guvern, elaborată în termen de 3 luni de la data aprobării bugetului de stat pe anul 2019.</p>