



PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

LEGEA

asigurărilor private de sănătate

Camera Deputaților adoptă prezentul proiect de lege.

Capitolul I Dispoziții generale

Art. 1. – Asigurările private de sănătate pentru plata serviciilor medicale constituie un sistem facultativ, suplimentar celui de asigurări de sănătate obligatoriu, care acoperă asiguraților serviciile medicale în condițiile legislației privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 2. – În sensul prezentei legi, expresiile de mai jos se definesc după cum urmează:

a) prin *pachetul de servicii de bază*, se înțeleg serviciile acoperite prin asigurările sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

b) prin *pachetul suplimentar de servicii*, se înțeleg serviciile acoperite în temeiul unei asigurări private de sănătate, stabilite în contractul de asigurare privată de sănătate.

Art. 3. – (1) Asigurările private de sănătate pot fi, în sensul prezentei legi, asigurări de tip complementar, suplimentar și substitutiv.

(2) Asigurările private de sănătate de tip complementar suportă total sau parțial plata serviciilor excluse parțial de către asigurările sociale de sănătate din pachetul de bază, inclusiv coplățile, după caz.

(3) Asigurările private de sănătate de tip suplimentar suportă total sau parțial plata pentru serviciile care exced pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate privind furnizarea unui grad ridicat de confort, accesul rapid la servicii medicale în cazul listelor de așteptare, servicii medicale speciale în străinătate și alte servicii.

(4) Asigurările private de sănătate de tip substitutiv suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii, inclusiv pentru cele prevăzute la art. 2 lit. a).

Art. 4. – (1) Sunt eligibili pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări private de sănătate orice persoane, cetățeni români, cetățeni străini sau apatrizi cu domiciliul sau, după caz, reședința pe teritoriul României, care, după îndeplinirea cerințelor obligatorii ale asigurărilor sociale de sănătate, încheie contracte cu societăți de asigurări private de sănătate, denumite în continuare *asigurători*, și achită prima de asigurare.

(2) Cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, precum și cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale de cooperare în domeniul sănătății și științelor medicale sunt eligibili pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări private de sănătate și fără îndeplinirea cerințelor obligatorii ale asigurărilor sociale de sănătate, dacă acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele încheiate între România și țara respectivă nu prevăd altfel.

Art. 5. – (1) Asigurații sunt persoanele fizice care au un contract de asigurare privată de sănătate încheiat cu un asigurător, individual sau de către o terță persoană.

(2) Angajatorii, persoane fizice sau juridice, pot să încheie contracte de asigurare privată de sănătate pentru angajații lor, individual sau în grup, acordate ca beneficii adiționale la drepturile salariale ale acestora, în scopul atragerii, selecționării și stabilizării personalului angajat.

(3) Orice unitate publică sau privată, autorizată, prestatoare de servicii medicale poate încheia contracte cu societățile de asigurări private de sănătate, autorizate.

(4) Societățile de asigurări private de sănătate, autorizate, pot înființa cabinete medicale, spitale, farmacii și alte unități de servicii medicale, în condițiile legii.

Art. 6. – Asigurările private de sănătate oferite de societățile de asigurări private de sănătate sunt servicii medicale și farmaceutice ce se stabilesc de către fiecare societate de asigurări private de sănătate sub formă de pachete de servicii, în funcție de riscul individual.

Art. 7. – În sistemul asigurărilor private de sănătate alegerea furnizorilor de servicii medicale, de către asigurat și asigurator, este liberă.

Capitolul II

Înființarea, autorizarea și funcționarea societăților de asigurări private de sănătate

Art. 8. – Înființarea, autorizarea și funcționarea societăților de asigurări private de sănătate se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurări.

Art. 9. – Asigurătorii pot funcționa numai dacă au ca obiect de activitate și asigurări private de sănătate.

Art. 10. – Autorizarea asigurătorilor se efectuează, în condițiile legii, de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor.

Art. 11. – (1) Asigurătorii au obligația reasigurării, în condițiile legii.

(2) Operațiunile de reasigurare completează activitatea de asigurare.

Art. 12. – Conducerea asigurătorilor care desfășoară activitatea de asigurări private de sănătate se exercită în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurare, completată cu prevederile legislației comerciale.

Capitolul III

Activitățile societăților de asigurări private de sănătate

Art. 13. – (1) Activitatea de asigurări private de sănătate se derulează pe bază de contract între părți și a documentului de asigurare, denumit *polița de asigurare*.

(2) Activitățile de asigurări private de sănătate se derulează pe bază de contract cu furnizorii de servicii medicale și farmaceutice și cu persoane fizice sau juridice, în calitate de asigurați sau asigurători.

(3) Asigurarea privată de sănătate este operațiunea prin care un asigurător constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați, expuși la producerea unor riscuri și îi indemnizează pe cei care apelează la utilizarea pachetului suplimentar de servicii medicale pe seama fondului alcătuit din primele încasate, precum și pe seama celorlalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate.

Art. 14. – Asigurătorii vor preciza în contractul de asigurare pachetul suplimentar de servicii, în condițiile art. 2 lit. b), serviciile medicale excluse sau cele pentru care se aplică restricții.

Art. 15. – (1) Asigurații au dreptul de a fi informați în detaliu de societatea de asigurări private de sănătate despre serviciile medicale acordate, primele de asigurare, drepturile și obligațiile contractuale.

(2) Societățile de asigurări private de sănătate au obligația de a prezenta datele necesare privind drepturile și obligațiile persoanei asigurate la încheierea contractului de asigurare cu aceasta. Informațiile cuprinse în contract au caracter confidențial și nu pot fi divulgate de societatea de asigurări private de sănătate unor terți, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

Art. 16. – Decontarea cheltuielilor către furnizorii de servicii medicale acordate asiguraților se efectuează pe baza documentelor justificative ale efectuării acestora.

Art. 17. – Lichidarea, dizolvarea, reorganizarea și falimentul societăților de asigurări private de sănătate se fac conform prevederilor legale în vigoare.

Capitolul IV

Contractul de asigurare privată de sănătate

Art. 18. – (1) Relațiile dintre asigurat și asigurător, drepturile și obligațiile fiecărei părți se stabilesc prin contractul de asigurare privată de sănătate.

(2) Contractul de asigurare privată de sănătate trebuie să conțină:

a) numele și adresele înregistrate ale părților contractante, seria și numărul de înmatriculare al contractului, codul unic de înregistrare și numărul de înregistrare al asigurătorului de la Registrul Comerțului;

- b) tipul și volumul serviciilor medicale și ale altor servicii;
- c) condițiile de asigurare a serviciilor care sunt garantate de asigurător pentru asigurați;
- d) data începerii și data încetării asigurării;
- e) primele de asigurare, termenul și modul de plată;
- f) sumele asigurate;
- g) alte elemente care stabilesc drepturile și obligațiile părților.

Art. 19. – Prin contractul de asigurare privată de sănătate, asiguratul se obligă să plătească o primă de asigurare privată de sănătate asigurătorului, iar acesta se obligă ca, la producerea unuia din riscurile asumate prin contract, să plătească în numele asiguratului, tipul de servicii medicale, în funcție de cantitatea și calitatea actului medical și riscul individual și alte servicii primite de la furnizorii de servicii medicale, în limitele și la termenele convenite, cât și cheltuielile conexe legate de serviciile respective.

Art. 20. – Prima de asigurare privată de sănătate se achită asigurătorului de către persoana fizică sau de angajatorul care încheie contractul de asigurare privată de sănătate.

Art. 21. – Asigurătorul poate solicita informații privind starea de sănătate a asiguratului, precum și efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii medicale desemnat de acesta.

Art. 22. – Societățile de asigurări private de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale probate, conform contractului și poliței de asigurare.

Art. 23. – Cheltuielile cu asigurările private de sănătate, efectuate de persoana fizică sau de către angajator, sunt deductibile fiscal.

Art. 24. – Diferendele survenite între asigurător și furnizorii de servicii medicale se aplanează pe cale amiabilă. În cazul imposibilității rezolvării pe cale amiabilă, litigiile sunt deduse instanțelor judecătorești legal competente.

Art. 25. – Neînțelegerile survenite între asigurat și asigurător se soluționează în conformitate cu prevederile legislației în vigoare și cele din contractul încheiat între părți.

Capitolul V

Supravegherea specializată a asigurărilor private de sănătate

Art. 26. – Asigurătorii au obligația să organizeze proceduri de control intern pentru a asigura desfășurarea activității în conformitate cu cerințele legale și prudențiale.

Art. 27. – Asigurătorii angajează un auditor financiar independent, autorizat să desfășoare această activitate în România.

Art. 28. – Ministerul Sănătății are obligația de a supraveghea respectarea legislației în vigoare din domeniul medical și farmaceutic prin persoane împuternicite în acest scop de ministrul sănătății.

Art. 29. – Personalul Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor este obligat să păstreze secretul profesional privind informațiile primite. Furnizarea oricărei informații se poate face numai pe baza consimțământului persoanelor fizice vizate sau a angajatorilor vizați ori în cazurile prevăzute de lege, prin cerere scrisă a procuraturii sau a instanței judecătorești.

Art. 30. – Asigurătorii vor oferi, la solicitarea Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, informațiile și documentele

privitoare la asigurările private de sănătate pentru care sunt autorizați să funcționeze.

Capitolul VI

Sanctiuni

Art. 31. – Prezentarea cu rea-credință de informații nereale, de către solicitantul contractului de asigurare, cu privire la starea sa de sănătate, poate conduce la rezilierea contractului.

Art. 32. – Neplata cheltuielilor către furnizorii de servicii medicale sau plata cu întârziere, care depășește 30 de zile de la data scadenței de către asigurator, atrage după sine calcularea de penalități conform prevederilor stipulate în contract.

Art. 33. – Încălcarea dispozițiilor prezentei legi și a normelor de aplicare a acesteia se constată de către personalul împuternicit prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

Capitolul VII

Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 34. – Dispozițiile prezentei legi se completează, după caz, cu cele referitoare la legislația privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor.

Art. 35. – Ministerul Sănătății împreună cu Comisia de Supraveghere a Asigurărilor vor elabora normele metodologice și instrucțiunile de aplicare a prezentei legi, în termen de 90 de zile de la publicarea ei în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 36. – Prezenta lege intră în vigoare la 90 de zile de la data publicării ei în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Acest proiect de lege a fost adoptat de Camera Deputaților în ședința din 17 februarie 2004, cu respectarea prevederilor articolului 76 alineatul (1) din Constituția României, republicată.

p. PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR

Viorel Hrebenciuc

