

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGEA asigurărilor private de sănătate

Parlamentul României adoptă prezenta 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) pachetul de servicii de bază - reprezintă serviciile acoperite prin asigurările sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;
- b) pachetul suplimentar de servicii - reprezintă 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 serviciilor care excede 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 private 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) Angajatorii prevăzuți la alin.(2), care înregistrează obligații neachitate la scadență față de bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor pentru șomaj, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și/sau la diverși furnizori, precum și instituțiile publice, indiferent de sistemul de finanțare și de subordonare, nu pot încheia contracte de asigurări private de sănătate pentru angajații lor.

Art.6. - Asigurările private de sănătate se realizează de către fiecare asigurător sub formă de pachete de servicii ale căror tarife se stabilesc în funcție de riscul individual.

Art.7. - În sistemul asigurărilor private de sănătate alegerea furnizorilor de servicii medicale este liberă.

CAPITOLUL II

Înființarea, autorizarea și funcționarea societăților de asigurări private de sănătate

Art.8. - Activitatea de asigurare privată de sănătate se desfășoară de asigurători înființați și autorizați în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurări.

Art.9. - Asigurătorii pot funcționa numai dacă au ca obiect de activitate 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 prin cedarea și primirea unor riscuri de pe piață serviciilor medicale.

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 societății de asigurări private de sănătate

Art.13. - (1) Asigurătorii își desfășoară activitatea pe bază de contracte încheiate cu asigurații pentru asigurări individuale și cu angajatorii pentru asigurări de grup.

(2) 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 aplica restricții.

Art.15. - (1) Asigurătorii sunt obligați ca la încheierea contractului de asigurare să informeze asiguratul asupra drepturilor și obligațiilor prevăzute în contract, să se asigure că informațiile au fost corect însușite, în vederea protejării intereselor asiguraților.

(2) Informațiile oferite celor interesați să încheie un contract de asigurări private de sănătate trebuie să includă și date despre tarifele practicate pe piața serviciilor medicale pentru care urmează să se încheie asigurarea .

(3) Informațiile privind starea de sănătate a asiguraților conținute de contractele de asigurări au caracter profesional și confidențial. Divulgarea informației asupra stării de sănătate a asiguraților se face numai cu permisiunea expresă a acestora sau în situațiile 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. - Redresarea, reorganizarea, dizolvarea și lichidarea asiguraților se efectuează 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, redactat în formă scrisă și semnat de ambele părți.

(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 asiguraților de la Registrul Comerțului;

b) tipul și volumul serviciilor medicale și a altor servicii;

c) condițiile de asigurare a serviciilor care sunt garantate de asigurător pentru asigurați;

d) data începerii și data încetării răspunderii;

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 aceasta se obligă, ca la producerea unuia din riscurile asumate prin contract, să plătească în numele asiguratului, tipul și volumul de servicii medicale 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 va achita asigurătorului de către persoana fizică sau de angajator care încheie contractul de asigurare privată de sănătate.

Art.21. - Persoana care urmează să încheie contractul de asigurare privată de sănătate este obligată să prezinte starea sănătății sale și informații privitoare la riscuri de îmbolnăvire existente. Asigurătorul poate solicita efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii medicale desemnat de aceasta.

Art.22. - Asigurările private de sănătate rambursează cheltuielile asiguratului pentru servicii medicale în condițiile prevăzute în contractul de asigurare privată de sănătate.

Art.23. - Primelor de asigurări private de sănătate li se aplică următoarele reguli:

a) în cazul asigurărilor individuale, primele de asigurări private de sănătate se deduc din venitul anual brut impozabil al asiguraților, în limita a maxim 2% din venitul anual global impozabil după deducerile de bază, suplimentare și contribuțiile obligatorii;

b) în cazul angajatorilor, cheltuielile reprezentând primele de asigurări private de sănătate suportate de aceștia conform art.5 alin.(2), sunt deductibile fiscal în limita a maxim 2% din fondul de salarii aferent angajaților asigurați.

Art.24. - Diferențele 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 aceasta activitate în România.

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

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 declarației de consimțământ a persoanelor fizice, respectiv a angajatorilor vizate sau în cazurile prevăzute de lege – 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 autorizate 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 asigurător, atrage după sine calcularea de penalități conform prevederilor stipulate în contract.

Art.33. - Neplata primelor de asigurare de către persoane fizice sau de angajatori către asigurător timp de 30 de zile de la data scadenței, atrage rezilierea contractului de asigurare de către asigurător în condițiile prevăzute în contract.

Art.34. - Încălcarea dispozițiilor prezentei legi și a normelor de aplicare a acesteia se constată de către personalul împuternicit prin ordin comun al ministrului sănătății și familiei și al președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

CAPITOLUL VII

Dispoziții tranzitorii și finale

Art.35. - Dispozițiile prezentei legi se completează, după caz, cu cele privind legislația privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor.

Art.36. - Ministerul Sănătății și Familiei va elabora și va supune Guvernului, spre aprobare, în termen de 60 de zile de la data publicării prezentei legi în Monitorul Oficial al României, norme metodologice de aplicare a acesteia, cu avizul Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

Art.37. - Prezenta lege intră în vigoare la 90 de zile de la data publicării ei în Monitorul Oficial al României.