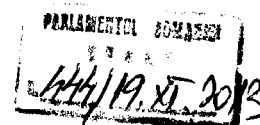




GVERNUL ROMÂNIEI
PRIMUL – MINISTRU

2105
08.11.2013



Domnule președinte,

În conformitate cu prevederile art. 111 alin. (1) din Constituție, Guvernul României formulează următorul

PUNCT DE VEDERE

referitor la *propunerea legislativă privind modificarea și completarea Legii nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, inițiată de un grup de deputați din Grupul parlamentar al PP-DD (**Bp. 383/2013**).

I. Principalele reglementări

Inițiativa legislativă reglementează modificarea art. 210 alin. (1) lit.e) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, prin includerea în pachetul minimal de servicii a unor categorii de persoane și servicii medicale.

Astfel, propunerea se referă la cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizi care au solicitat și obținut dreptul de ședere temporară sau au domiciliul în România, precum și la serviciile de sănătate publică specifică menționate la Titlul I, capitolul I art. 6 lit. h) și lit. i) din lege.

II. Observații

1. Asigurările sociale de sănătate din România reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației, fiind obligatorii și funcționând pe baza principiului solidarității, subsidiarității și universalității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale și a casei de asigurări de sănătate. Potrivit art. 266 din Legea nr. 95/2006, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) este instituție publică care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar, în coordonarea Ministerului Sănătății. Astfel, CNAS are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, sistem ce funcționează pe baza achitării unei contribuții prin care se asigură riscuri și servicii definite prin lege.

Astfel, Legea nr. 95/2006 prevede următoarele:

- la art. 211 alin. (1) și (2): „(1) Sunt asigurați, potrivit prezentei legi, toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România, precum și pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate și fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi. În această calitate, persoana în cauză încheie un contract de asigurare cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin angajator, al cărui model se stabilește prin ordin al președintelui CNAS cu avizul consiliului de administrație.

(2) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de ședere în România. Pentru pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate, calitatea de asigurat și

drepturile de asigurare încetează de la data la care pensionarilor sistemului public de pensii din România nu li se mai reține contribuția la fond, calculată asupra veniturilor din pensia cuvenită în acest sistem.”

- la art. 214 alin. (2) lit. b): *„(2) Asigurarea socială de sănătate este facultativă pentru următoarele categorii de persoane care nu se încadrează în prevederile alin. (1):*

b) cetățenii străini și apatrizii care se află temporar în țară, fără a solicita viza de lungă ședere”;

- la art. 220: *„Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, precum și monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială în condițiile art. 223, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.”*

Având în vedere reglementările art. 211 și art. 214 din Legea nr.95/2006 care stabilesc categoriile de persoane ce sunt asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate (în condițiile plății contribuției la fond), precum și prevederile art. 220, potrivit cărora persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale în cadrul unui pachet minimal, nu considerăm necesară modificarea sintagmei *„persoanele care nu fac dovada calității de asigurat”* de la art. 210 alin. (1) lit. e) în sensul prevăzut în propunerea legislativă, cu atât mai mult cu cât prin propunerea de modificare a art. 210 alin. (1) lit. e) sunt omise unele categorii de persoane care ar putea beneficia de pachet minimal, respectiv:

- pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate;

- membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;

- cetățenii străini și apatrizii care se află temporar în țară, fără a solicita viză de lungă ședere;

- cetățenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în țară.

2. În ceea ce privește propunerea formulată tot la art. 210 alin. (1) lit.e) referitor la completarea pachetului minimal cu *„serviciile de sănătate*

publică specifică menționate la Titlul I, cap. I, art. 6 lit. h) și i)”, facem următoarele observații:

La Titlul I, cap. I, art. 6 lit. h) și i) din Legea nr. 95/2006 sunt nominalizate serviciile de sănătate publică specifice și servicii medicale și tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, astfel:

„Art. 6 Principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică sunt următoarele:

(...) h) servicii de sănătate publică specifice:

- 1. servicii de sănătate școlară;*
- 2. servicii de urgență în caz de dezastre și calamități;*
- 3. servicii de laborator în domeniul sănătății publice;*
- 4. servicii de planificare familială;*
- 5. servicii de screening pentru depistarea precoce a bolilor;*
- 6. servicii prenatale și postnatale;*
- 7. servicii de consiliere în domeniul sănătății publice;*
- 8. servicii de sănătate publică în transporturi;*
- 9. servicii de sănătate destinate copiilor;*
- 10. servicii de securitate transfuzională.*

i) servicii medicale și tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice (TBC, HIV/SIDA, boli rare, cancer, diabet zaharat), precum și în cazul transplantului de organe, țesuturi sau celule. (...)”

Unele tipuri de servicii din cele mai sus menționate au reglementări specifice (servicii de sănătate publică în transporturi; servicii de sănătate școlară; servicii de securitate transfuzională), acestea nefiind decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), ci din alte surse.

Unele din serviciile medicale mai sus menționate nu sunt decontate din FNUASS, fiind, în mod explicit, nominalizate în categoria serviciilor care nu se decontează din FNUASS, cum este cazul transplantului de organe, țesuturi și celule.

Serviciile de planificare familială, precum și serviciile prenatale și postnatale ce se suportă din FNUASS sunt nominalizate în pachetul de servicii de bază stabilit de Contractul-cadru și Normele metodologice de aplicare a acestuia

Serviciile de consiliere în domeniul sănătății publice nu pot fi asimilate serviciilor ce fac obiectul pachetului de servicii de bază acordate asiguraților în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, pachetul de servicii de bază se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se suportă din FNUASS, în condițiile contractului-cadru.

Serviciile nominalizate la Titlul I, cap. I, art. 6 lit. h) și i) din Legea nr. 95/2006 ar trebui să se regăsească, în primul rând, în pachetul de bază, pentru a putea fi nominalizate ca fiind parte a pachetului minimal.

Serviciile de screening pentru depistarea precoce a bolilor și servicii medicale și tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice (TBC, HIV/SIDA, boli rare, cancer, diabet zaharat), precum și în cazul transplantului de organe, țesuturi sau celule, sunt parte a Programelor naționale de sănătate, cu reglementări specifice atât în cadrul Titlului II „*Programe naționale de sănătate*”, cât și în *Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014*, *Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014* și *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014*.

Menționăm că, potrivit art. 48 alin. (1) și art. 54 din Legea nr.95/2006:

- Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar derularea acestora se realizează distinct, după cum urmează:

a) de către Ministerul Sănătății pentru programele naționale de sănătate publică;

b) de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru programele naționale de sănătate curative.

- Finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează astfel:

a) de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, pentru programele naționale de sănătate publică;

b) de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru programele naționale de sănătate curative.

Sumele alocate programelor naționale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat potrivit prevederilor *Legii nr.500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare*.

În cazul programelor naționale de sănătate publică, categoriile de cheltuieli eligibile și modul de finanțare a acestora se aprobă prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică.

Totodată, precizăm că aplicarea măsurilor propuse prin inițiativa legislativă conduce la creșterea numărului persoanelor care vor beneficia de pachetul minimal de servicii, fără a fi asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și la includerea în acest pachet a serviciilor de sănătate publică specifice și a serviciilor medicale și tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, ceea ce determină majorarea cheltuielilor bugetului general consolidat și, totodată, creșterea deficitului acestui buget.

Întrucât aceste cheltuieli suplimentare nu au fost estimate în Expunerea de motive, precizăm că, potrivit prevederilor art.7 din *Legea responsabilității fiscal-bugetare nr.69/2010*, în cazul propunerilor de introducere a unor măsuri/politici/inițiative legislative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, inițiatorii au obligația să prezinte fișa financiară prevăzută la art.15 din *Legea nr.500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare*, însoțită de ipotezele și metodologia de calcul utilizată.

De asemenea, menționăm că, potrivit prevederilor art.138 alin.(5) din *Constituția României, republicată*, „Nicio cheltuială bugetară nu poate fi aprobată fără stabilirea sursei de finanțare”.

III. Punctul de vedere al Guvernului

Având în vedere considerentele menționate, **Guvernul nu susține adoptarea acestei propuneri legislative.**

Cu stimă,



Victor Viorica PONTA
PRIM-MINISTRU
GUVERNUL ROMÂNIA

**Domnului senator George – Crin Laurențiu Antonescu
Președintele Senatului**