

EXPUNERE DE MOTIVE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	
Lege	
privind dreptul românilor de a alege asiguratorul de sănătate	
Secțiunea a 2-a	
Motivul emiterii actului normativ	
1. Descrierea situației actuale	<p>În România, pachetul de servicii oferit teoretic de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) nu este accesibil decât în teorie, nu și în practică. Accesul dificil la medicii de familie, cozile interminabile pentru a obține trimiteri la medicii specialiști, programările tardive și amânarea efectuării analizelor din cauza lipsei sau epuizării fondurilor CNAS sunt factori care generează multiple probleme precum: suferință evitabilă, agravarea patologiilor tratabile și degradarea stării generale de sănătate a romanilor.</p> <p>Românii contribuie lunar la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu 10% (CASS) din salariul brut și din multe alte venituri. Însă atunci când au nevoie de servicii medicale trebuie să suporte numeroase cheltuieli suplimentare din fonduri proprii sau nu au acces deloc. Astfel, un român ajunge să plătească de două ori pentru a primi serviciile medicale necesare: o dată oficial, prin contribuția la asigurările sociale de sănătate, și încă o dată fie la privat, fie tot la stat sub forma „plăților informale”.</p> <p>Sistemul de sănătate din România este dominat de sectorul public care deține majoritatea spitalelor și oferă pe hârtie asigurare de sănătate tuturor românilor. În 2021, costul sistemului de sănătate s-a ridicat la 16.7 miliarde USD sau 872.3 USD/capita, echivalentul a 5.9% din PIB, una din cele mai scăzute valori din Uniunea Europeană. Însă, ponderea publică de 78.5% din totalul cheltuielilor, este mai ridicată decât multe alte state din Europa de Est. În ciuda unor tentative timide de a promova îngrijirea primară, doar 18.6% din cheltuieli se duc către îngrijire primară și ambulatorie, fiind aproape cea mai scăzută valoare din UE.</p> <p>Responsabilitatea pentru coordonarea globală a sistemului de sănătate socială revine Ministerului Sănătății, în timp ce administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate revine Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Reprezentanții ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se găsesc la nivelul</p>

județelor, în cadrul direcțiilor județene de sănătate publică și al caselor județene de asigurări de sănătate.

Casele județene de asigurări de sănătate colaborează cu furnizorii locali de servicii medicale (medici generalişti, cabinete specializate, laboratoare, spitale etc.) pentru a achiziționa servicii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Furnizorii de servicii medicale primesc, de asemenea, plăți din partea Ministerului Sănătății prin programele naționale de sănătate. Aceste programe se concentrează pe zone prioritare, cum ar fi sănătatea maternă și infantilă, combaterea bolilor infecțioase, sănătatea psihică și evaluările de sănătate.

Deși sistemul de asigurări de sănătate socială este obligatoriu, aproximativ 11% din populație nu are asigurare. Această populație este concentrată mai ales în mediul rural. Cei fără asigurare beneficiază de un set minim de servicii, care acoperă urgențele care amenință viața, bolile infecțioase și asistența în timpul sarcinii. În mare parte, dependența de contribuțiile angajaților și procentul redus al populației active duc la o finanțare insuficientă a sistemului de sănătate.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate oferă în teorie un pachet extins de beneficii, care include îngrijire medicală primară și majoritatea medicamentelor, inclusiv pentru copii și femeile gravide, boli severe și afecțiuni acoperite de programele naționale de sănătate. Cu toate acestea, pacienții trebuie să suporte o parte din costul medicamentelor ambulatorii: 10% pentru medicamentele generice ieftine, 50% pentru medicamentele generice costisitoare și cele protejate prin brevet și 80% pentru medicamentele prescrise cu un raport cost-eficacitate redus.

Împărțirea costurilor se aplică și serviciilor de recuperare medicală și spitalizării, ajungând la aproximativ 35% pentru fiecare episod de îngrijire în cazul recuperării. Totuși, peste 60% din populație este scutită de plata taxelor pentru serviciile spitalicești. Grupurile scutite includ copiii sub 18 ani, tinerii până la 26 de ani care frecventează o formă de învățământ, pacienții incluși în programele naționale de sănătate, femeile gravide fără venituri și pensionarii.

Dreptul de a alege în Sănătate

Dreptul de a Alege în Sănătate este o reformă a sistemului de sănătate din România care ar da dreptul fiecărui român să își aleagă asigurătorul de sănătate prin de-monopolizarea CNAS. Această reformă duce la mutarea centrului de putere în sistemul de sănătate, de la politicienii care conduc în prezent sistemul înspre cetățeni. Prin această reformă, furnizorii de servicii medicale și asigurătorii ar căpăta stimulentele de a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale, de a reduce corupția și de a inova.

În concret, reforma presupune câteva schimbări pentru toți actorii din sistemul actual de sănătate. Dreptul de a Alege în Sănătate ar transforma viața celor mai importanți actori din sistemul de sănătate astfel:

1. Asiguratul

Dreptul de a Alege în Sănătate pune efectiv asiguratul în centrul sistemului de sănătate deoarece îi dă dreptul de a alege unde se duc banii din sistem. Știm cine are puterea într-un sistem în momentul în care știm cine are puterea de a direcționa banii în acel sistem. În prezent, toți banii vin de la stat.

Aceasta e modificarea principală pe care o face Dreptul de a Alege în Sănătate. Dă fiecărui român posibilitatea să beneficieze de o sumă cu care să se poată muta la orice asigurător dorește. Banii vin de la stat către cetățean, nu către asigurător sau furnizorul de servicii medicale.

Alocarea fondurilor către asigurători se va face exclusiv pe baza alegerii asiguraților. Un asigurător ales de către mulți români va primi mai multe fonduri decât un asigurător ales de puțini. Acesta e un element definitoriu în reforma propusă, deoarece alocarea fondurilor nu se va mai face de către politicieni, ci de către asigurați.

La rândul lor, asigurătorii vor folosi fondurile pentru a plăti serviciile medicale oferite de furnizori de servicii medicale. În centrul sistemului se va afla deci asiguratul, care alocă fondurile în funcție de asigurătorul care îi oferă cele mai bune servicii.

Persoanele care aleg să rămână la CNAS sau care nu își exercită o alegere rămân asigurate la asigurătorul de stat, conducând fondurile astfel către acesta.

Asigurații au dreptul să își schimbe asiguratorul. De aceea asigurătorii vor avea interes constant să atragă cetățenii în sistem, oferind diverse pachete de servicii suplimentare și alte oferte. Sistemul este de tip opt-in, orice asigurat care își dorește să fie asigurat de un asigurător privat poate să o facă printr-o cerere expresă. Oricine nu face această alegere, rămâne din oficiu asigurat la CNAS.

Asigurătorii privați

Asigurătorii privați sunt actorul nou care apare în sistemul de sănătate odată cu Dreptul de a Alege în Sănătate. Fără drept de a alege, românii nu au de ales decât să suporte monopolul CNAS, oricare i-ar fi calitatea serviciilor. Asigurătorii privați apar în momentul în care românii ar avea dreptul să aibă alternative.

Asigurătorii privați pot face concurență CNAS, oferind pachetul de bază, la care pot adăuga suplimentar și alte servicii sau adopta pachetele personalizate de servicii. Tariful de primă pe care îl practică poate să fie acoperit total sau parțial de suma pe care românii pot să o redirecționeze către asigurătorul pe care și-l aleg.

Asigurătorii pot oferi o acoperire medicală mai largă decât cea din pachetul de bază, aceasta fiind o acoperire minimă.

Concurența între asigurători dă dreptul celor care nu sunt satisfăcuți de serviciile CNAS sau ale unui asigurător privat să meargă la alt asigurător. Astfel, asigurătorii vor fi stimulați să ofere pachete cât mai acoperitoare la prețuri cât mai competitive.

Pentru a stimula prevenția prețurile pot fi particularizate în funcție de comportamentul față de risc al fiecărei persoane. De exemplu, o persoană care își face analizele cu regularitate, nu bea excesiv, nu fumează și nu își crește în general riscurile de sănătate, va avea un risc mai redus și deci un tarif mai redus. De asemenea, o persoană care chiar adoptă metode de prevenție, va avea un tarif de primă și mai mic. Astfel prevenția nu

va mai fi doar un termen folosit des, dar total absent în practică. De data asta, asigurații care fac prevenție vor avea și beneficii directe măsurabile.

Asiguratorii nu vor putea refuza un solicitant de asigurare de sănătate. Pentru clienții cu risc/cost ridicat, propunem o **plafonare a tarifului de primă și un sistem de alocare automată a pacienților pe bază de cotă de piață.** Plafonarea tarifului de primă pentru pachetul de bază va fi calculată de către ASF pe clase de risc. Iar alocarea se va realiza la prețul maxim plafonat. Sistemul de alocare automată a clienților cu risc ridicat este un **mecanism implementat deja** cu succes în România. Scopul este acela de a reduce prețul pentru persoane cu risc crescut care ar vrea să aleagă alt asigurător decât CNAS. Astfel, persoanele cărora cel puțin 3 asigurători le ofertează o primă de 3 ori mai mare decât prima de referință, vor fi alocați automat unui asigurător la nivelul maxim de primă pentru pachetul de bază asigurat, pe baza cotei de piață pe care o are. În felul acesta, clienții cu risc ridicat care vor să-și aleagă alt asigurător, vor beneficia de prime mai reduse decât riscul pe care îl introduc în sistem.

Asigurătorii vor putea să intre în contract cu orice furnizor de servicii medicale. Lista furnizorilor de servicii medicale cu care un asigurător este în contract poate fi un criteriu esențial de alegere de către asigurați. Concurența între asigurători îi va stimula să vrea să aibă oferte cât mai variate care să includă cât mai mulți furnizori de servicii medicale.

Atât asiguratorii, cât și furnizorii de servicii medicale, vor exista pe piață atât timp cât oferă servicii de calitate. Dacă nu își vor oferi serviciile la standarde bune, românii vor avea în puterea de a alege alt furnizor. Iar fiecare asigurător va putea oferi o varietate de pachete de asigurare și de beneficii, inclusiv personalizate.

Prin implementarea reformei „Dreptul de a Alege în Sănătate”, **românii vor putea alege orice asigurător ca alternativă actualului monopol CNAS.** Concurența între asiguratorii va stimula nu numai îmbunătățirea serviciilor oferite de asigurători, ci și a serviciilor medicale oferite de aceștia. Fiecare asigurător va putea să negocieze direct cu furnizorii contracte de tip cost vs. Volum și să optimizeze serviciile medicale și medicamentele oferite pacienților.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) va rămâne asigurător, dar va concura cu asiguratorii privați pe aceeași piață a asigurărilor de sănătate. Avantajul juridic al CNAS va fi faptul că este asigurător din oficiu, adică în cazul în care o persoană nu a optat pentru un asigurător va rămâne la CNAS.

Concurența poate avea două efecte pozitive asupra CNAS, în primul rând faptul că îi va forța să-și îmbunătățească calitatea serviciilor oferite. În al doilea rând, că va reduce costurile pe care le are cu toți asigurații care pleacă de la CNAS.

Furnizorii de servicii medicale

Furnizorii de servicii medicale vor avea libertatea de a intra în contract cu oricare asigurător sau asigurători în condiții definite în contracte bilaterale. Asigurătorii la rândul lor au interes să aibă cât mai mulți furnizorii de servicii medicale doriți de asigurați în contract, pentru a oferi o gamă mai largă de servicii.

Furnizorii de servicii pot să aibă contracte cu unul sau mai mulți asiguratori de servicii medicale. În felul acesta se generează un nivel suplimentar de competiție și se previne integrarea excesivă pe verticală a rețelelor medicale. Nu există o limită geografică privind contractarea de furnizori de servicii medicale.

Generând competiție în rândul asigurătorilor, se **generează competiție și în rândul furnizorilor de servicii** ceea ce duce la servicii medicale mai de calitate.

Statul

Sistemul public de sănătate și-a dovedit limitele și **nu poate asigura serviciile pe care el însuși le promite**. Astfel, **dreptul românilor de acces la sănătate asigurat în teorie prin Constituție**, nu este oferit în practică de un sistem medical **învechit, politizat și căpușat** din România.

Pe lângă dreptul fiecărui român de a-și alege asigurătorul de sănătate, mai sunt necesare câteva reforme în sistemul de sănătate.

În esență să nu mai fie orientat spre ideea de a **consuma bugete disponibile**, ci spre ideea de a **oferi servicii de calitate**. În prezent alocarea fondurilor nu se face după cererea de servicii, ci după nevoile unității publice. Asta trebuie să se schimbe.

Un element important este **eliminarea plafonului artificial al numărului de doctori** dintr-o zonă administrativă. Numărul de cadre medicale trebuie să fie stabilit în funcție de cererea pentru acel serviciu, nu stabilit politic de cei interesați să blocheze accesul unor noi doctori de frică că își vor pierde monopolul sau marjele de câștig.

Reglementările, de asemenea, ar trebui să fie mai permissive, nu să impună **standarde vechi de 40 de ani unor tehnologii de ultimă generație**.

Birocrația și actuala structură descurajează performanța și face sectorul medical mai puțin atractiv pentru investiții decât ar putea fi.

Aceste lucruri, **nu sunt însă fatalități, și pot fi schimbate**.

În ceea ce privește Dreptul de a Alege în Sănătate, **statul se va ocupa în continuare de colectarea CASS pe modelul actual**. Suplimentar, însă, **va distribui fonduri pentru asigurători în măsura în care au fost aleși de către români**. Fiecare asigurător primește pentru un asigurat din portofoliu aceeași sumă, indiferent de nivelul de contribuție al asiguratului, respectând în acest fel principiul solidarității și conservându-se caracterul social al sistemului.

Avantaje ale reformei

Avantajele Dreptului de a Alege în Sănătate sunt:

- Îmbunătățirea serviciilor medicale ca efect direct al **sporirii concurenței între asigurători de sănătate**.
- **Atragerea mai multor fonduri** în sistemul de sănătate.
- **Îmbunătățirea serviciilor medicale** oferite de CNAS pentru a face față concurenței.
- **Sporirea inovării** în sănătate condusă de concurență.
- **Înfăptuirea prevenției reale**.

- **Acoperire universală.**

Dreptul de a Alege în Sănătate este o **reformă neutră din punct de vedere bugetar**. Ea răspunde întrebării **cum oferim mai mult cu banii pe care îi avem?**

Reforma presupune că **aceeași sumă** pe care statul o alocă în prezent pentru sănătate va fi alocată și în viitor. Diferența este că **acum asigurații nu au niciun cuvânt de spus asupra alocării ei**, pe când dacă ar avea dreptul de a alege o vor putea alocă ei.

Implementarea propunerii „Dreptul de a alege în sănătate” va avea următoarele efecte:

- sistemul propus **pune pacientul asigurat în centrul interesului asiguratorului și furnizorului de servicii medicale**
- **banii urmează pacientul**
- pentru a își îmbunătăți marja asiguratorii lucrează cu furnizorii la **optimizarea structurilor de diagnostic și tratament** prin adaptarea capacităților la volume
- deciziile privitor la nevoile de finanțare nu mai pot fi exclusive în mâna MS și **transparența va forța acceptarea realității**
- singurul impact negativ pe termen scurt în această propunere îl vor resimți unitățile medicale ce nu au o capacitate corelată cu cererea sau au un management defectuos. Pentru acestea autoritățile centrale și locale pot asigura finanțare de la buget până la executarea unui plan de eficientizare
- clarificarea rolurilor în sistem, Parlamentul va asigura cadrul legislativ optim, Ministerul Sănătății va asigura controlul, asiguratorii vor gestiona riscul, furnizorii vor asigura calitatea și disponibilitatea serviciilor.
- crește viteza cu care se poate dezvolta infrastructura și eficiența cu care aceasta se face.

Beneficii pentru asigurați

- Asigurații vor avea **posibilitatea să aleagă asiguratorul și să îl schimbe** dacă acesta nu mai răspunde nevoilor lor.
- **Accesul la unități medicale publice și private din rețeaua asiguratorului ales.**
- Acces la unități medicale din străinătate.
- **Fără plafoane pentru servicii medicale** (mai puțin la CNAS).
- Atât asiguratorii cât și furnizorii vor avea interesul să mențină un grad ridicat de **satisfacție a clienților**.
- Asigurații vor avea dreptul să schimbe asiguratorul.

Beneficii pentru furnizori

- Toți asiguratorii vor avea posibilitatea să **contracteze orice cabinet autorizat de medicină de familie și să deconteze serviciile efectuate**, precum și să plătească suma per capita negociate cu aceștia.
- **Libertatea furnizorului de a negocia prețul** cu fiecare asigurator în parte.
- Pacienții vor putea alege furnizorul de servicii medicale în funcție de reputație și voința proprie.

	<ul style="list-style-type: none"> • Contracte de tipul cost / volum: Dacă nu asigură volumele garantate, asiguratorii vor contracta la prețul de listă și vor fi obligați să plătească într-un termen rezonabil. • Dispar contractările anuale și criteriile aberante de intrare în contract, va conta doar calitatea, disponibilitatea și prețul. • Furnizorii vor putea construi infrastructura dedicată în baza unor precontracte cu volume garantate. • Mecanisme naturale de reglare a cererii și ofertei. <p>Beneficii pentru asigurați</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea CASS se va face de ANAF; fiecare asigurator primește pentru un asigurat din portofoliu indiferent de nivelul de contribuție al asiguratului. • Angajatorii vor putea oferi angajaților suplimentarea pachetului personalizat de servicii medicale beneficiind de deductibilitate în limita prevăzută de lege. • Asiguratorii vor avea posibilitatea să selecteze și să negocieze direct cu furnizorii contract de tip cost vs volum și să optimizeze costul cu serviciile medicale și medicamentele. • Costurile de administrare: asiguratorii vor primi un procent din contribuția lunară încasată. • Libertatea de a contracta furnizorii din țară și străinătate în condiții de piață liberă. <p>Beneficii pentru Guvern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparentizarea nevoilor și a lipsurilor din sistem. Simplificarea procesului de decizie privitor la lipsurile și calitatea actului medical • Transferul de responsabilitate pentru calitate, eficiență și accesibilitate către structuri private mai ușor de controlat și sancționat contravențional sau penal • Creșterea finanțării sistemului prin completarea pachetelor de servicii medicale personalizate și scăderea necesarului de investiții din fonduri publice • Posibilitatea de a redirecționa banii de investiții în servicii pentru populație • Simplitatea în administrare • Flexibilizarea și accelerarea investițiilor în sănătate. Jucătorii privați vor concura să preia în administrare sau să construiască capacitate de diagnostic și tratament ce vor avea venituri garantate • Sistemul per ansamblu va fi mult mai bine pregătit să concureze cu pieța europeană pe măsura ce libertatea de circulație a pacienților se va realiza • Noul context va pune presiune pe clarificarea protocoalelor de diagnostic și tratament, forțând comisiile de specialitate din MS să lucreze la standarde europene
2. Schimbări preconizate	<p>Demonopolizarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și acordarea dreptului de a alege un asigurator de sănătate către toți românii pentru pachetul de sănătate de bază, prin deschiderea pieței la concurență și posibilitatea asiguratorilor de a oferi asigurări private de sănătate care să cuprindă cel puțin pachetul de bază. Schimbarea asiguratorului în ceea ce privește pachetul de servicii de bază presupune și recuperarea parțială a contribuției din Fondul național unic de asigurări sociale de stat, în valoare de maxim 50% din contribuția de asigurări</p>

	sociale de sănătate datorată Fondului național unic de asigurări sociale de stat aferentă unui salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată, ce ar fi virată către asiguratorul ales pentru suportarea parțială sau totală a pachetului de asigurare ales.
3. Alte informații	Nu au fost identificate.
Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ	
1. Impactul macroeconomic	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
3. Impactul social	Ar avea un impact social pozitiv semnificativ. Prin crearea unui mediu concurențial în domeniul asigurărilor de sănătate, s-ar stimula inovația, eficiența și calitatea serviciilor medicale, întrucât asiguratorii ar concura pentru a atrage clienți prin oferte competitive și servicii îmbunătățite. Alegerea între asiguratorul public și cei privați ar oferi cetățenilor posibilitatea de a personaliza acoperirea medicală în funcție de nevoile și preferințele individuale, sporind astfel satisfacția și încrederea în sistemul de sănătate. Totodată, competiția ar contribui la controlul costurilor și la eficientizarea utilizării resurselor, asigurând accesibilitatea la servicii medicale de calitate pentru o gamă mai largă de persoane. Această schimbare în final ar conduce la o îmbunătățire generală a sistemului de sănătate și la o mai mare satisfacție a cetățenilor în ceea ce privește serviciile medicale disponibile.
4. Impactul asupra mediului	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5. Alte informații	Nu au fost identificate.

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)						
- mii lei -						
Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		2021	2022	2023	2024	
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						

Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare	
1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ: a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ; b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
1 ¹ . Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
6. Alte informații.	Nu au fost identificate.
Secțiunea a 6-a	
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate.	
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.	
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor 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, cu modificările ulterioare.	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, cu modificările și completările ulterioare.	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi	Proiectul de act normativ necesită avizul Consiliul Legislativ și a Consiliul Economic și Social
6. Alte informații	Nu au fost identificate.
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 nu se referă la acest subiect.
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 au fost identificate.

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	Nu este cazul.
2. Alte informații	Nu au fost identificate.

Deputat USR, Cristina Mădălina Prună

Deputat USR, Adrian Wiener

Deputat USR, Emanuel Ungureanu

Deputat USR, Claudiu Iulius Gavril Năsui

LEGE privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate

Nr. Crt.	Nume Prenume	Deputat / Senator	Grup Parlamentar	Semnătură
1	POLYANNA HANGAN	DEP	USR	
2	DINICĂ SILVIA-MONICA	SEN	USR	
3	TUDOR PAZEL POP	DEP	USR	
4	RADU CIORNEȘI	DEP	USR	
5	HAVARNEANU FILIP	DEP	USR	
6	CRISTĂ BEREA	SEN	USR	
7	Bodea Marius	SEN	USR	
8	DANIEL BLAGA	DEP	USR	
9	MOLNAR RADU-IULIAN	DEP	USR	
10	GRIFAN RAOUL	SEN	USR	
11	GIURGIO ADRIAN	DEP	USR	
12	Opriștescu Marcel	SEN	USR	
13	VICTOR IULIE	DEP	USR	
14	TERENTE EUGEN	SEN	USR	
15	YIĞOL COSTEȘ	SEN	USR	
16	ANDREI MARIUS MIFTODE	DEP	USR	
17	DARAU AMBROZIE-IRINEU	SEN	USR	
18	CRISTIAN GHICA	SEN	USR	
19	Bob Virgil Marius	SEN	USR	
20	Lazăr Ion Marian	DEP	USR	

LEGE privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate

21	ALIN APOSTOL	DEP	USR
22	LADAR TEODOR	DEP	USR
23	SEBASTIAN CEIUNIE	SEN	USR
24	BRIAN CRISTIAN	DEP	USR
25	SENIER CRISTIAN GABRIEL	DEP	USR
26	SPĂTARU E. SIMONA	SEN.	USR
27	FELIX NICU	DEP.	USR
28	PANAIT RADU	DEP	USR
29	SILVIU BEHELEAN	DEP	USR
30	Dan Barna	DEP	USR
31	STEFAN IULIAN IORNES	DEP	USR
32	STELIAN ION	DEP	USR
33	Radu duruta	DEP	USR
34	MURARIU OANA	DEP	USR
35	VIORREL BĂLTĂREȚU	DEP	USR
36	REMUS NEGOI	SEN	USR
37	OANA SILVIA TOIU	DEP	USR

Legea privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate

Art. 1 - Scop

- (1) Prezenta lege reglementează înființarea, organizarea și funcționarea sistemului de asigurări private de sănătate de bază.
- (2) Scopul sistemului de asigurări private de sănătate este finanțarea ocrotirii sănătății populației într-un sistem concurențial care să garanteze libera alegere de către asigurați a asigurătorului de sănătate prin dreptul asiguraților de a solicita transferul, în numele lor, a unei contribuții din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către asigurătorul de sănătate ales.

Art. 2 - Definiții

În înțelesul prezentei legi, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

- a) **activitatea de asigurare privată de sănătate de bază** - activitatea care desemnează, în principal, oferirea, distribuția, negocierea, încheierea de contracte de asigurare și reasigurare, încasarea de prime, lichidarea de daune, activitatea de regres și de recuperare, precum și investirea sau fructificarea fondurilor proprii și atrase prin activitatea desfășurată, pentru asigurările de sănătate private de bază;
- b) **asigurat** – persoana care este asigurată potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, sau potrivit prezentei legi pentru pachetul de servicii de bază;
- c) **asigurare privată de sănătate de bază** – asigurarea care acoperă cel puțin pachetul de servicii de bază pentru asigurați astfel cum este reglementat de Legea nr. 95/2006, cu completările și modificările ulterioare;
- d) **asigurător de sănătate** - asigurător autorizat să funcționeze în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare, pentru activitatea de asigurare privată de sănătate de bază;
- e) **asigurat cu risc ridicat** – persoana pentru care cel puțin 3 asigurători ofertează un tarif de primă mai mare decât un salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată;
- f) **contract de asigurare privată de sănătate de bază** – contractul de asigurare care atestă existența asigurării pentru accesul la pachetul de servicii de bază;
- g) **contribuție recuperată** – suma pe care orice asigurat are dreptul să solicite să fie transferată în numele său pentru plata totală sau parțială a unei asigurări private de sănătate de bază pentru durata în care asiguratul alege să încheie un contract de asigurare privată de sănătate de bază;
- h) **instituție de evidență** - instituția care are ca atribuție legală evidența asiguraților din asigurări sociale de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, și casele de asigurări de sănătate;

Art. 3 - Autorizare

Autorizarea pentru activitate de asigurare privată de sănătate de bază se face de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, conform prevederilor Legii nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 4 – Asigurarea în sistemul de asigurări private de sănătate de bază

- (1) O persoană poate deveni asigurată în sistemul de asigurări private de sănătate de bază prin semnarea unui contract de asigurare privată de sănătate de bază, din proprie inițiativă.
- (2) Este interzisă delegarea sau reprezentarea pentru semnarea contractului de asigurare privată de sănătate de bază.
- (3) ASF aprobă contractul-cadru de asigurare privată de sănătate de bază al fiecărui asigurător de sănătate, precum și modificările acestuia, dacă sunt întrunite condițiile legale, în termen de 10 zile lucrătoare de la momentul solicitării.
- (4) Persoana care devine asigurată în sistemul de asigurări private de sănătate și care optează pentru recuperarea parțială a contribuției sale din Fondul național unic de asigurări sociale de stat, își încetează calitatea de asigurat al CNAS pentru serviciile cuprinse în pachetul de servicii de bază de la data intrării în vigoare a asigurării private de sănătate de bază.
- (5) Persoana care devine asigurată în sistemul de asigurări private de sănătate își păstrează calitatea de asigurat al CNAS pentru serviciile cuprinse în cadrul pachetului programelor naționale de sănătate, astfel cum sunt reglementate de Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Art. 5 – Registrul asiguraților

- (1) Registrul asiguraților se constituie și se actualizează de către instituția de evidență.
- (2) Stabilirea și modificarea structurii Registrului asiguraților se fac pe baza unui protocol încheiat între instituția de evidență și ASF.
- (3) În vederea actualizării Registrului asiguraților, asigurătorul de sănătate transmite lunar instituției de evidență informațiile cuprinse în actele individuale de aderare, precum și orice alte informații necesare actualizării Registrului asiguraților.

Art. 6 – Schimbarea asigurătorului de sănătate

- (1) În situația în care o persoană dorește să devină asigurată de alt asigurător de sănătate aceasta poate încheia un nou contract de asigurare de sănătate cu un nou asigurător oricând și fără a fi condiționată de plata unor taxe, comisioane sau penalități.
- (2) În situația în care o persoană dorește să redevină asigurat de către CNAS pentru pachetul de servicii de bază, aceasta notifică CNAS și în cel mult 15 de zile de la data notificării dobândește calitatea de asigurat al CNAS pentru serviciile cuprinse în pachetul de servicii de bază. Asigurarea

privată de sănătate de bază încetează de la data dobândirii calității de asigurat al CNAS pentru serviciile cuprinse în pachetul de servicii de bază.

Art. 7 – Reglementarea ASF

ASF emite norme cu privire la:

- a) evidența asiguraților la asigurători de sănătate;
- b) transferul asiguraților între asigurătorii de sănătate;
- c) modelul contractului-cadru de asigurare și procedura de modificare a acestuia;
- d) orice alte aspecte pe care le consideră necesare.

Art. 8 – Prima asigurării de sănătate

Asigurătorii de sănătate stabilesc nivelul primelor pentru asigurările private de sănătate de bază în conformitate cu Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 9 – Recuperarea parțială a contribuției din Fondul național unic de asigurări sociale de stat

- (1) Orice persoană care este asigurată sau beneficiază de asigurare în condițiile Legii nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, are dreptul la o contribuție recuperată din Fondului național unic de asigurări sociale de stat.
- (2) La încheierea contractului de asigurare privată de sănătate de bază, asiguratul poate opta să solicite transferul în numele său și către asigurătorul de sănătate a contribuției recuperate pentru plata parțială sau totală a asigurării private de sănătate achiziționată.
- (3) Quantumul contribuției recuperate este în valoare de maxim 50% din contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată Fondului național unic de asigurări sociale de stat aferentă unui salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată.

Art. 10 – Asigurații cu risc ridicat

- (1) Un asigurat cu risc ridicat se poate adresa CNAS pentru alocarea unui asigurător în vederea încheierii contractului de asigurare privată de sănătate de bază.
- (2) CNAS, în baza politicilor și procedurilor proprii, alocă un asigurător de sănătate în vederea încheierii contractului de asigurare privată de sănătate de bază.
- (3) Alocarea asigurătorului de sănătate se face pe baza cotei de piață a acestora astfel cum este comunicată de ASF în care nu este inclusă cota de piață aferentă CNAS, la un tarif de primă egal cu un salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată.
- (4) Condițiile în care sunt încheiate asigurările de sănătate privată de bază pentru asigurații cu risc ridicat se regăsesc în procedurile interne ale CNAS; condițiile se publică pe site-ul CNAS și se actualizează ori de câte ori se modifică.

Art. 11 – Dispoziții tranzitorii și finale

Prevederile prezentei legi se completează cu dispozițiile Legii nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare.

Această lege a fost adoptată de parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 și ale art. 76 alin. 1 din Constituția României, republicată.

**PREȘEDINTELE CAMEREI
DEPUTAȚILOR**

Marcel Ciolacu

**PREȘEDINTELE
SENATULUI**

Nicolae Ciucă