



CONSILIUL LEGISLATIV

AVIZ

referitor la propunerea legislativă privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate

Analizând **propunerea legislativă privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate** (b766/20.12.2023), transmisă de Secretarul General al Senatului cu adresa nr. XXXV/6494/29.12.2023 și înregistrată la Consiliul Legislativ cu nr. D7/03.01.2024,

CONSILIUL LEGISLATIV

În temeiul art. 2 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 73/1993, republicată, cu completările ulterioare, și al art. 33 alin. (4) din Regulamentul de organizare și funcționare a Consiliului Legislativ, cu modificările ulterioare,

Avizează negativ propunerea legislativă, pentru următoarele considerente:

1. Propunerea legislativă are ca obiect, potrivit **titlului**, stabilirea „dreptului românilor de a alege asigurătorul de sănătate”, iar potrivit **art. 1**, „reglementarea înființării, organizării și funcționării sistemului de asigurări, private de sănătate de bază”, în vederea „*demonopolizării Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și acordarea dreptului de a alege un asigurător de sănătate către toți românii pentru pachetul de sănătate de bază, prin deschiderea pieței la concurență și posibilitatea asigurătorilor de a oferi asigurări private de sănătate care să cuprindă cel puțin pachetul de bază*”, astfel cum se prevede în **Expunerea de motive**.

Totodată, conform **Expunerii de motive**, „schimbarea asigurătorului 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 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”.

2. Prin conținutul său normativ, propunerea legislativă face parte din categoria legilor ordinare, iar în aplicarea prevederilor art. 75 alin. (1) din Constituția României, republicată, prima Cameră sesizată este Senatul.

3. Precizăm că, prin avizul pe care îl emite, Consiliul Legislativ nu se pronunță asupra oportunității soluțiilor legislative preconizate.

4. Referitor la modalitatea de structurare a **instrumentului de prezentare și motivare**, semnalăm că aceasta este specifică *Notelor de fundamentare* care însoțesc proiectele de acte normative ale Guvernului, și nu *Expunerilor de motive*, care sunt specifice proiectelor de legi și propunerilor legislative, astfel cum este prevăzută la art. 30 și 31 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În plus, aceasta nu prezintă în mod sistematizat și clar motivul emiterii actului normativ, în special, insuficiențele și neconcordanțele reglementărilor în vigoare, principiile de bază și finalitatea reglementării propuse, cu evidențierea elementelor noi.

Totodată, menționăm **insuficiența** argumentelor prezentate în cadrul **instrumentului de motivare și prezentare**, care este inconsistent în raport de schimbările preconizate la nivel legislativ.

Subliniem că, potrivit art. 6 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, proiectul de act normativ trebuie să instituie **reguli necesare, suficiente și posibile**, care să conducă la o cât mai mare **stabilitate și eficiență legislativă**.

5. În ceea ce privește **textul propunerii legislative**, semnalăm că soluțiile propuse nu acoperă întreaga problematică a relațiilor sociale ce reprezintă obiectul de reglementare. În acest context, remarcăm faptul că **textul este succint**, rezumându-se doar la **11 articole**, deși prezentul proiect ar urma să reglementeze un **domeniu specific** în România, și anume acela al ocrotirii sănătății populației.

În plus, formulările utilizate în proiect nu sunt redactate în mod inteligibil și unitar, în conformitate cu principiile uniforme de prezentare și de tehnică legislativă, astfel încât cei cărora le sunt adresate să își poată cunoaște **drepturile și obligațiile**.

6. Privitor la **soluțiile preconizate în prezenta propunere**, în raport de obiectivele urmărite, în ceea ce privește **fondul și forma reglementării**, semnalăm că demersul normativ trebuie raportat la actualele realități legislative în domeniu, pentru **asigurarea integrării organice a reglementării în sistemul legislației, unicitatea reglementării în materie pe nivele normative și evitarea paralelismelor** în procesul de legiferare, instituite potrivit art. 13, 14 și 16 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, fără a ne pronunța asupra oportunității unui asemenea demers normativ, semnalăm faptul că, *de lege lata*, **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este **actul normativ-cadru în domeniul sănătății**, prin intermediul căruia se instituie **obligativitatea asigurărilor sociale de sănătate**, precum și **posibilitatea încheierii altor forme de asigurare a sănătății, care sunt voluntare**.

În acest sens, potrivit prevederilor **art. 219 alin. (3)** din actul normativ menționat *supra*, „**asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar (...)**”.

Totodată, prevederile **art. 219 alin. (4) - (6)** din aceeași lege reglementează **posibilitatea funcționării și încheierii altor forme de asigurare a sănătății** în diferite situații speciale, respectiv „asigurarea voluntară complementară sau suplimentară de sănătate”, care „**nu sunt obligatorii și pot fi oferite voluntar de organismele de asigurare autorizate conform legii și care nu exclud obligația de a plăti contribuția pentru asigurarea socială de sănătate**”.

Pe de altă parte, precizăm că actul normativ cadru în domeniul sănătății reglementează și **categoriile de persoane care beneficiază de asigurare, fără plata contribuției**, precum și **cele care sunt scutite de la coplată și beneficiază de asigurare, fără plata contribuției**.

Astfel, dispozițiile **art. 224 alin. (1)** cuprind o enumerare exhaustivă a **categoriilor de persoane care beneficiază de asigurare, fără plata contribuției**, printre care menționăm, cu titlu de exemplu, „copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore

convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști”, „tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului”, „soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate”, „persoanele cu handicap”, „femeile însărcinate și lăuzele” și multe altele.

De asemenea, prevederile **art. 225 alin. (1)** reglementează **categoriile de persoane care „sunt scutite de la coplată și beneficiază de asigurare, fără plata contribuției”**, precum „copiii până la vârsta de 18 ani”, „tinerii între 18 ani și 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenții”, „bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse”, „persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri”, „toate femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară, pentru toate serviciile medicale” și altele.

Prin urmare, este necesar, în primul rând, **să se intervină legislativ asupra Legii nr. 95/2006**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul **modificării dispozițiilor care prevăd obligativitatea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate către bugetul de stat, respectiv către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.**

7. În ceea ce privește definiția preconizată pentru termenul „asigurat” de la **art. 2 lit. b)**, menționăm că aceasta este incorectă, având în vedere că toate persoanele sunt asigurate potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, cu sau fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, și nu „potrivit prezentei legi pentru pachetul de servicii de bază”, întrucât actul normativ cadru nu este modificat, iar propunerea legislativă nici nu prevede plata contribuției de asigurări sociale de sănătate în contul unei alte instituții de asigurări de sănătate private, ci tot în contul Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate, care ar urma să transfere până la 50% din suma respectivă.

Pe de altă parte, se constată și utilizarea unor terminologii neunitare în cadrul proiectului pentru a desemna același aspect.

Cu titlu de exemplu, la **art. 2 lit. d)** este definită expresia **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**, în timp ce la **lit. h)** se face referire la **casele de asigurări de sănătate** pentru a desemna asiguratorii privați de sănătate.

În plus, demersul normativ utilizează norme de trimitere prea generale la prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fapt contrar exigențelor normative. Exemplificăm, în acest sens: **art. 2 lit. b) și c), art. 4 alin. (5), art. 9 alin. (1).**

De asemenea, semnalăm existența și a altor neconcordanțe în cuprinsul propunerii legislative, respectiv la **art. 4 alin. (4) și (5)**, potrivit cărora **„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”**, iar **„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”**.

8. Precizăm, totodată, că nu sunt prezentate condițiile minime de reglementare a activității de asigurare privată de sănătate, care ar urma să fie înființată, și nici modalitatea concretă de funcționare a acestei activități.

În acest context, menționăm și faptul că, potrivit normei de la **art. 9** referitoare la *Recuperarea parțială a contribuției din Fondul național unic de asigurări sociale de stat*, la **alin. (3)** se prevede: *„Cuantumul 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”.

Astfel, potrivit acestei din urmă norme, o persoană va contribui în continuare la CNAS, deși potrivit prevederilor art. 4 alin. (4) mai sus menționate, ar urma să nu mai aibă calitatea de asigurat al CNAS pentru serviciile cuprinse în pachetul de servicii de bază.

Totodată, apreciem că în proiect nu este stabilită situația în care o persoană care a încheiat un contract cu un asigurator privat de sănătate, din cauza unui incident în urma căruia nu poate să comunice, este transportată cu salvarea la o unitate medicală ce nu a încheiat un contract cu respectivul asigurator.

9. Referitor la norma preconizată pentru **art. 10 alin. (1)**, nu se înțelege cum ar putea Casa Națională de Asigurări de Sănătate să aloce unui „asigurat cu risc ridicat” un asigurator în vederea încheierii contractului de asigurare privată de sănătate de bază, având în vedere că, potrivit prevederilor **art. 2 alin. (7) din Legea nr. 95/2006**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, C.N.A.S. este responsabilă pentru „asigurarea **sănătății publice**”.

*

* *

Față de aspectele mai sus menționate, apreciem că soluția legislativă preconizată nu poate fi promovată în forma prezentată.

PRESEDINTE

Florin IORDACHE



București
Nr. 69/18.01.2024