

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTATILOR

SENATUL

Legea asigurărilor voluntare de sănătate

Parlamentul României adopta prezenta lege.

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. - În sensul prezentei legi, expresiile de mai jos se definesc după cum urmează:

a) **pachet de beneficii medicale de baza** - serviciile și produsele destinate prevenirii, diagnosticării, tratamentului, corectării și recuperării diferitelor afecțiuni, la care asigurații au acces, în totalitate, parțial sau cu anumite limitări în volum sau în suma acoperită, în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

b) **asigurat** - persoana fizică, fata de care asiguratorul are obligația ca la producerea riscului asigurat să acorde indemnizația sau suma asigurată conform prevederilor contractului de asigurare voluntară de sănătate;

c) **asigurator** - persoana juridică, autorizată în baza Legii nr.32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, să practice clase de asigurări de sănătate din categoria asigurărilor de viață sau generale și care își asumă răspunderea de a acoperi cheltuielile cu serviciile medicale prevăzute în contractul de asigurare voluntară de sănătate;

d) **coplată**: suma reprezentând diferența dintre tarifele acceptate la plata de sistemul de asigurări sociale de sănătate și cele practicate pe piață. Nivelul coplăților ce pot fi acoperite prin sistemul asigurărilor voluntare de sănătate se stabilește anual de Ministerul Sănătății, prin ordin, cu avizul Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

e) **beneficiar** – persoana fizica desemnata de către o terță persoană, denumită contractant, în contractul de asigurare voluntară de sănătate căreia i se furnizează servicii medicale;

f) **persoane dependente** – persoanele fizice aflate în întreținerea asiguratului și cărora li se furnizează servicii medicale dacă acest lucru este stipulat în contractul de asigurare voluntară de sănătate;

g) **servicii medicale** – servicii medicale de diagnostic și tratament, servicii de medicina dentara, furnizarea de medicamente și materiale parafarmaceutice, servicii medicale de îngrijire la domiciliu, servicii de transport medicalizat, alte servicii conexe actului medical,

h) **furnizor de servicii medicale** – persoana fizica sau juridica autorizata de Ministerul Sănătății să acorde servicii medicale.

h) **rețeaua medicala agreata** reprezintă totalitatea furnizorilor aflați în relații contractuale cu societatea de asigurări voluntare de sănătate

Art.2.–

- (1) Asigurarea voluntară de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurător constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expuși la producerea riscului de îmbolnăvire, și îi indemnizează în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu pe seama fondului alcătuit din primele încasate, precum și pe seama celorlalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate.
- (2) Asigurații pot primi indemnizații atât pentru acea parte a cheltuielilor cu serviciile medicale care excede pachetul de beneficii medicale de baza din sistemul social de asigurări de sănătate cit și pentru alte cheltuieli cu serviciile medicale incluse sau nu în pachetul de beneficii medicale de baza dacă acest lucru este prevăzut în contractul de asigurare voluntară de sănătate.
- (3) Nu fac obiectul prezentei legi asigurările pentru boli profesionale și accidente de munca și serviciile medicale furnizate sub forma de abonament.

Art. 3. – Asigurările voluntare de sănătate pot fi, în sensul prezentei legi, asigurări de tip complementar și substitutiv.

- (1) **Asigurările voluntare de sănătate de tip complementar** suportă total sau parțial plata serviciilor care exced pachetul de beneficii medicale de baza: coplată, servicii exceptate din pachetul de beneficii medicale de baza, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii medicale specificate în polița de asigurare.

- (2) **Asigurările voluntare de sănătate de tip substitutiv** suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii medicale menționate în contractul de asigurare voluntară de sănătate, inclusiv serviciile incluse în pachetul de beneficii medicale de baza .

Art. 4.

(1) Sunt eligibile pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar orice persoane care obțin venituri din salarii care se supun impozitului pe venit sau realizează venituri din activități desfășurate de persoane care exercită profesii libere sau autorizate potrivit legii sau desfășoare activități independente, care sunt asigurate în temeiul Legii asigurărilor sociale de sănătate și au contribuția la Fondul asigurărilor sociale de sănătate achitată la zi, atât din partea angajatorului cât și a angajatului. Nu pot beneficia de asigurări voluntare de sănătate persoanele care beneficiază de asigurări sociale de sănătate fără plata contribuției, în condițiile legii.

(2) Societățile de asigurări voluntare de sănătate au obligația de a verifica, ori de câte ori încasează prime de asigurare, faptul ca asigurații se încadrează în prevederile alineatului (1).

Art. 5

- (1) Angajatorii, persoane fizice sau juridice, pot să încheie contracte de asigurare voluntară 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.
- (2) În cadrul asigurărilor voluntare de sănătate raporturile dintre asigurat și asigurător, precum și drepturile și obligațiile acestora se stabilesc prin voința părților sub forma pachetelor de servicii medicale și sunt menționate în contractul de asigurare voluntară de sănătate.
- (3) Asiguratorii pot încheia înțelegeri scrise cu personalul medical, cu acordul conducerii unității medicale respective. Orice venit cuvenit personalului medical în baza respectivei înțelegeri se varsă în contul unității respective și va suplimenta venitul acestuia în condițiile agreeate de conducerea spitalului.

CAPITOLUL II

Înființarea, autorizarea și funcționarea societăților de asigurări voluntare de sănătate

Art. 6.

Înființarea, autorizarea și funcționarea societăților de asigurare care practică asigurări voluntare de sănătate se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurări.

Art. 7

- (1) Asigurătorii pot încheia contracte de asigurare voluntară de sănătate dacă dețin o autorizație de practicare a claselor de asigurări de sănătate din categoria asigurărilor de viața sau generale.
- (2) Activitatea asigurătorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii nr. 32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare și ale normelor emise în aplicarea legii.
- (3) Prin derogare de la prevederile L 32/2000, pentru o perioadă de 5 ani de la data intrării în vigoare a prezentei legi, capitalul social impus asigurătorilor care au obiect unic de activitate asigurările voluntare de sănătate este cu 50% mai mic decât cel minim pentru societățile de asigurări generale.

Art. 8 - Conducerea asigurătorilor care desfășoară activitatea de asigurări voluntare de sănătate se exercită în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurare, completată cu prevederile legislației comerciale.

CAPITOLUL III

Contractul de asigurare voluntara de sanatate

Art.9

Contractul de asigurare voluntară de sănătate trebuie să cuprindă pe lângă elementele obligatorii prevăzute în Legea nr.136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare și următoarele elemente:

- a) menționarea obligatorie a acoperirii coplatilor din sistemul asigurarilor sociale de stat, in limitele maximale stabilite prin Ordin al Ministerului Sanatatii
- b) pachetul de beneficii medicale acoperit,
- c) serviciile medicale excluse,
- d) furnizorii de servicii medicale agreați,
- e) modalitatea de contactare a acestora,
- f) direct sau prin intermediul unui departament de asistenta a asiguraților,
- g) serviciile medicale acoperite ce pot fi acordate de orice furnizor de servicii medicale,
- h) drepturile și obligațiile părților,
- i) modul de stabilire a riscului individual,

- j) modalitățile de decontare a serviciilor medicale, modalitățile de încetare a valabilității contractului, modalități de soluționare a eventualelor litigii, alte elemente stabilite între părți.

Art.10 - Asigurătorii sunt obligați ca la încheierea contractului de asigurare voluntară de sănătate să ofere asiguratului toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile rezultând din contract, să se asigure că aceste informații au fost corect interpretate, în vederea protejării intereselor asiguraților.

Art.11

- (1) 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.
- (2) Informațiile cuprinse în contractul de asigurare voluntară precum și informațiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidențial și nu pot fi divulgate de societatea de asigurări voluntare de sănătate unor terți, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.
- (3) Prin polița de asigurări voluntare de sănătate asigurătorul poate restricționa accesul asiguratului, parțial sau în totalitate, la furnizori de servicii medicale și farmaceutice agreeate de societatea de asigurări; asigurătorul poate condiționa utilizarea unor servicii în caz de îmbolnăvire de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice sau de utilizarea unor anumiți furnizori agreeați care se emită trimiteri către rețeaua medicală agreeată.
- (4) Societățile de asigurări voluntare de sănătate nu pot restricționa accesul asiguraților în unități sanitare ca neapartenând rețelei agreeate atunci când acoperirea se limitează exclusiv la plata coplatilor stabilite prin ordin al Ministrului Sănătății.

CAPITOLUL IV

Relația furnizorilor de servicii medicale cu societățile de asigurări voluntare de sănătate.

Art. 12

- (1) Toți furnizorii agreeați de firmele de asigurări care comercializează asigurări voluntare de sănătate de tip complementar trebuie să fie acreditați de către Ministerul sănătății, în baza reglementarilor în vigoare.
- (2) Furnizorii de servicii medicale agreeați de Casa Națională de Asigurări sociale de sănătate au obligația de a încheia contracte de colaborare și de a accepta plata cheltuielilor care exced pachetul de beneficii medicale de baza din partea firmelor de asigurări abilitate de a încheia asigurări voluntare de sănătate de tip complementar. Nivelul maximal al coplatilor și contractul cadru de colaborare între unitățile sanitare acreditate de Casa

Naționala de Asigurări de Sănătate stabilite prin ordin al Ministrului Sănătății se stabilesc prin Hotărîre a Guvernului.

- (3) Furnizorii de servicii medicale agreați de Casa Națională de Asigurări sociale de sănătate au dreptul de a încheia contracte de colaborare cu firmele de asigurări abilitate de a încheia asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar.
- (4) Asigurătorii pot încheia înțelegeri scrise cu personalul medical, cu acordul conducerii unității medicale respective. Orice venit convenit personalului medical în baza respectivei înțelegeri se varsă în contul unității medicale respective și va suplimenta salariul acestuia în condițiile agreate de conducerea spitalului.

Art.13

- (1) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să elibereze documente justificative de decontare (factură, chitanță, etc.) pentru serviciile medicale prestate acoperite prin asigurările voluntare de sănătate;
- (2) În cazul în care nu există un contract încheiat între asigurător și furnizorii de servicii medicale decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative emise de furnizorul de servicii medicale.
- (3) Unitățile sanitare publice au obligația de a respecta, în relația cu casele voluntare de asigurări, tarifele maxime aprobate prin ordin de ministerul sănătății în urma consultării Colegiului Medicilor din România.
- (4) Persoanele fizice precum și furnizorii privați de servicii medicale pot stabili, prin negociere, alte tarife decît cele menționate la paragraful anterior.

Art. 14 –

- (1) Comisia de Supraveghere a Asigurărilor supraveghează activitatea asigurătorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile Legii nr.32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.
- (2) Fiecare societate de asigurări voluntare are obligația de a prezenta Direcției de supraveghere a asigurărilor voluntare de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății lista furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice agreate, altele decît cele aflate deja în relație contractuală cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să reactualizeze aceasta lista ori de cîte ori este cazul.

Art. 15

- (1) În baza contractului încheiat cu furnizorii de servicii medicale, asigurătorii au dreptul de a verifica, direct sau prin interpuși, calitatea serviciilor medicale sau farmaceutice prestate asiguraților.

- (2) Întreaga responsabilitate a actului medical rămâne în seama furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice.

Art.16 - Diferendele survenite între asigurator și furnizorii de servicii medicale se aplanează pe cale amiabilă. În cazul imposibilității rezolvării pe cale amiabilă, litigiile se aduc la cunoștința Departamentului de supraveghere și control a asigurărilor de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății și a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, care vor încerca medierea diferendului. În caz de esec al medierii diferendele sunt deduse instanțelor judecătorești legal competente.

Art.17 - Plângerile privind calitatea serviciilor medicale vor fi înaintate către societățile de asigurări voluntare de sănătate sau de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor vor fi comunicate din oficiu și Ministerului Sănătății.

CAPITOLUL V

Deductibilitatea primelor de asigurări de sănătate.

Art.18 –

- (1) Cheltuielile individuale cu asigurările voluntare de sănătate sunt deductibile în limita a 0,5% din veniturile din salarii care se supun impozitului pe venit sau a veniturilor din activități desfășurate de persoane care exercită profesii liberale sau autorizate potrivit legii să desfășoare activități independente; Suma menționată este deductibilă și în eventualitatea în care persoana optează pentru varsarea acesteia în contul Fondului unic de asigurări de sănătate. În această situație, persoana va fi scutită de plata coplatilor stabilite prin ordin al Ministrului Sănătății.
- (2) Limita sumei sau a procentului din salariul brut, deductibile fiscal, se reactualizează prin hotărâre a guvernului.

Art.19 –

- (1) Persoanele ale caror venituri anuale brute depășesc echivalentul a 30.000 euro au dreptul de a opta ca, pe lângă procentul menționat la alineatul (1) al art. 18, să contacteze asigurări voluntare de sănătate echivalente cu 6,5% din venitul brut realizat peste suma de 30.000 euro anual, fără a mai contribui cu această sumă la Fondul Asigurărilor Sociale de Sănătate.
- (2) Venitul anual brut peste care se aplică prevederile alineatului (1) se actualizează prin Hotărâre a Guvernului.

Art.20 –

- (1) Începând cu 1 ianuarie 2007 contribuția persoanele juridice la fondul de asigurări sociale de sănătate se reduce de la 7% la 6,5% din salariul brut al salariaților.

- (2) Incepind cu data mentionata la aliniatul 1, angajatorii pot încheia contracte de asigurări voluntare de sănătate cu firmele autorizate în limita a 0,5% din salariul brut al angajatilor. Aceste cheltuieli sunt cheltuieli deductibile fiscal.
- (3) Limita sumei sau a procentului din salariul brut acceptata ca deductibila fiscal, mentionata la aliniatul (2) se reactualizeaza prin hotarire a guvernului.

CAPITOLUL VI

Sanctiuni

Art. 21 - Divulgarea cu intentie sau din neglijență, a informațiilor privind starea de sănătate a asiguraților de către un asigurator, se pedepseste cu inchisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda de 10000-50000 RON.

Art. 22 - Se sancționează cu amendă, stabilită între 100 și 200 de salarii minime pe economie încălcarea de către societățile de asigurări voluntare de sănătate a prevederilor art.4 aliniat 1 și 2.

CAPITOLUL VII

Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 23. –

- (1) Începind cu 1 ianuarie 2006 contribuția individuală la asigurările sociale de sănătate prevazuta de art 51 aliniat (2) din OGU 150/2002 se reduce de la 6,5 la 6%.
- (2) Ministerul Sănătății si/sau Comisia de Supraveghere a Asigurărilor pot emite norme și precizari în aplicarea prezentei legi.
- (3) La data intrarii în vigoare a prezentei legi Ministerul Sănătății va infiinta în structura sa un Departament de supraveghere și control a asigurărilor de sănătate.

Art. 24 - Tarifele menționate la art. 13 aliniat 4 vor fi elaborate în termen de 30 de zile de la data publicarii în MO a prezentei legi.

Art. 25. – Prezenta lege intră în vigoare la 90 de zile de la data publicării ei în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 26 - La data intrarii în vigoare a prezentei legi, Legea 212/2003 se abroga.

Art.27. - Orice prevederi contrare prezentei legi se abroga.

Aceasta propunere legislativa a fost adoptata de Camera Deputatilor in sedinta din.....cu respectarea prevederilor articolului 74, aliniat (1) din Constitutia Romaniei.

Presedintele
Camerei Deputatilor

Adrian Nastase

Aceasta propunere legislativa a fost adoptata de Senatul Romaniei in sedinta din.....cu respectarea prevederilor articolului 74, aliniat (1) din Constitutia Romaniei.

Presedintele
Senatului

Nicolae Vacaroiu