



GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ

**pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma
în domeniul sănătății**

Luând în considerare:

necesitatea implementării în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a măsurilor din domeniul fiscal, cuprinse în Programul de Guvernare 2017-2020, aprobat prin Hotărârea Parlamentului României nr. 53/2017 pentru acordarea încrederii Guvernului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 496 din 29 iunie 2017, referitoare la creșterea gradului de colectare a veniturilor la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și la responsabilizarea angajatorilor în ceea ce privește plata la timp a contribuțiilor sociale de asigurări de sănătate datorate de către angajați, precum și la reducerea nivelului contribuției de asigurări sociale de sănătate datorată,

necesitatea elaborării Legii bugetului de stat pentru anul 2018,

necesitatea punerii în concordanță a dispozițiilor din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările

ulterioare, astfel cum aceasta a fost modificată și completată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 79/2017, respectiv eliminarea din sarcina angajatorului a obligației plății contribuției de asigurări sociale de sănătate și trecerea acesteia în sarcina salariaților,

ținând cont de necesitatea modificării și completării reglementărilor referitoare la obligațiile de plată reprezentând contribuții de asigurări sociale de sănătate, precum și la constituirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în ceea ce privește cota de contribuție asiguratorie pentru muncă, în cuantumul stabilit de Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare,

în considerarea reglementării cadrului legal pentru ca persoanele care au calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, să poată face dovada calității de asigurat, în situația în care nu au fost emise cardurile naționale de asigurări de sănătate și/sau pentru situațiile în care acestea nu figurează ca asigurați în sistemul informatic unic integrat,

în lipsa unei astfel de reglementări asigurații nu pot face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și nu pot beneficia de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale,

ținând cont de necesitatea reglementării modalității de acoperire a deficitului bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în vederea asigurării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale la care au dreptul asigurații, în sensul că, după epuizarea fondului de rezervă veniturile bugetului fondului se completează cu sume care se alocă de la bugetul de stat, fără de care nu se poate asigura continuitatea plăților serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale care se suportă din bugetul fondului;

necesitatea respectării normelor de tehnică legislativă la elaborarea actelor normative, respectiv pentru evitarea paralelismului legislativ, precum și pentru evitarea interpretărilor și aplicarea neunitară a prevederilor legale, întrucât prevederile privind persoanele care au obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, categoriile de venituri asupra cărora se stabilește contribuția, modul de stabilire, declarare și plată sunt reglementate în Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, se impune

eliminarea de urgență din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, a prevederilor privind contribuția de asigurări sociale de sănătate,

situația excepțională cauzată de necesitatea reglementării unei măsuri tranzitorii pentru corelarea dispozițiilor art. 249 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, prin instituirea posibilității încheierii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în anul 2018, de către casele de asigurări de sănătate a contractelor de furnizare de servicii medicale cu unitățile sanitare autorizate și evaluate, potrivit legii,

în situația neadoptării acestei măsuri se limitează accesul asiguraților la servicii medicale acordate în unități sanitare, în unele zone în care nu există alte alternative de acordare a asistenței medicale,

ținând cont de faptul că în lipsa reglementării de urgență a acestei măsuri tranzitorii, nu ar putea fi asigurat accesul neîntrerupt al asiguraților la servicii medicale și medicamente,

având în vedere că în Programul de Guvernare 2017-2020, aprobat prin Hotărârea Parlamentului nr. 53/2017 pentru acordarea încrederii Guvernului, introducerea contractelor pentru programele naționale de tip cost - volum - rezultat reprezintă unele dintre prioritățile programului Guvernului în domeniul sănătății, prin care se asigură creșterea accesului populației la terapii inovative, în condiții de eficiență, sustenabilitate financiară și de predictibilitate a costurilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate,

pentru o utilizare eficientă a fondurilor publice alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat,

ținând cont de faptul că perioada de timp dintre încheierea de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat și momentul începerii derulării acestora, respectiv luna în care s-a eliberat prima prescripție medicală, variază în funcție de data intrării în vigoare a acestor contracte și data intrării în vigoare a protocolului terapeutic de prescriere a medicamentelor,

având în vedere faptul că procesul de negociere și derulare al contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat presupune două etape distincte, respectiv etapa negocierii și încheierii contractelor de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru care este necesară o limită maximă până la care CNAS poate negocia și încheia astfel de contracte și etapa încheierii contractelor de către casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale și medicamente, pentru care sunt necesare credite de angajament aprobate în bugetul FNUASS cu această destinație,

pentru a nu exista o dublare nejustificată a creditelor de angajament, cu consecința îngrijirii accesului la medicamente pentru afecțiuni în stadii evolutive de boală pentru care în prezent nu există alternativă terapeutică, se impune evidențierea distinctă a celor două etape în acordarea creditelor de angajament și utilizarea acestora prin crearea cadrului legal în vederea utilizării eficiente a fondurilor publice alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat;

necesitatea reglementării cadrului legal cu privire la stabilirea pachetului de servicii medicale pentru asigurările voluntare de sănătate, precum și serviciile medicale furnizate sub formă de abonament în cadrul asigurărilor voluntare de sănătate, în vederea evitării acordării de către asigurători a serviciilor medicale care sunt incluse în pachetul de bază și se decontează din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

pentru a preîntâmpina utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate în altă modalitate decât cea prevăzută de lege de către furnizorii de servicii medicale, medicamente sau dispozitive medicale se impune reglementarea de urgență a faptului că acesta este un document personal și netransmisibil, iar reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale și/sau utilizarea de către aceștia fără drept, în scopul raportării și validării unor servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale constituie infracțiune și se pedepsește conform prevederilor din Codul penal,

în considerarea faptului că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență a căror reglementare nu poate fi amânată,

ținând cont de faptul că neadoptarea acestui act normativ ar avea consecințe directe asupra sănătății și vieții pacienților, prin neasigurarea accesului în timp util la tratamente inovatoare,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I. - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Alineatul (2) al articolului 220 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru munca, conform art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.”

2. La articolul 222 alineatul (1), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al UE, al unui stat aparținând SEE 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.”

3. La alineatul (3) al articolul 222, litera e) se abrogă.

4. Alineatul (4) al articolului 222 se abrogă.

5. Alineatul (1) al articolului 223 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, cardul național de asigurări sociale de sănătate, documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS, adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință primirea cardului național sau adeverința de asigurat eliberată de casa de asigurări la care este înscris asiguratul în condițiile Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat.”

6. După alineatul (1) al articolului 223 se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Pentru situațiile în care nu au fost emise cardurile naționale de asigurări de sănătate și/sau pentru situațiile în care asigurații nu se regăsesc în baza de date electronică a CNAS, pentru persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și pentru persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, dovada calității de asigurat se face pe baza documentelor necesare dovedirii calității de asigurat, prevăzute în Normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat.”

7. Articolul 224 se modifică și va avea următorul cuprins:

„**Art. 224.** - (1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare:

a) 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, ucenicii sau studenții, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;

b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului;

c) soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

d) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoașterii pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi;

e) persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

f) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni;

g) femeile însărcinate și lăuzele;

h) persoanele care se află în concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;

i) persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, în concediu pentru creșterea copilului potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare;

j) persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, respectiv persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate;

k) persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii;

l) persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;

m) persoanele fizice care beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

n) persoanele fizice cu venituri lunare din pensii;

o) persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;

p) personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte;

(2) Categoriile de persoane care nu sunt prevăzute la alin. (1) au obligația să se asigure potrivit prezentei legi și să plătească contribuția la asigurările sociale de sănătate în condițiile Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.”

8. La articolul 225, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) 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.”

9. Articolul 228 se modifică și va avea următorul cuprins:

„**Art. 228.** - Persoanele care au obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și modul de stabilire, termenele de declarare și de plată ale contribuției, sunt prevăzute în Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.”

10. Alineatul (4) al articolului 229 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, în urma negocierii cu CMR, CFR, CMDR, OAMGMAMR, OBBC, precum și cu consultarea organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul pentru care se aprobă noile norme metodologice. Pentru primul an de valabilitate a hotărârii Guvernului de aprobare a Contractului-cadru, normele metodologice intră în vigoare odată cu hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2).”

11. Alineatele (2) și (3) ale articolului 232 se abrogă.

12. După alineatul (2) al articolului 243 se introduc trei noi alineate, alin.(3) - (5), cu următorul cuprins:

„(3) Pentru medicamentele pentru care în urma evaluării efectuate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sunt emise decizii de includere condiționată în lista de medicamente prevăzută la art. 242, se pot negocia și încheia contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015.

(4) Prin legile bugetare anuale se aprobă limita maximă până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contractele prevăzute la alin. (3).

(5) Creditele de angajament aprobate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate prin legile bugetare anuale pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se utilizează de către casele de asigurări de sănătate pentru încheierea angajamentelor legale cu furnizorii de servicii medicale și medicamente.”

13. După alineatul (4) al articolului 249 se introduce un nou alineat, alin. (5), cu următorul cuprins:

„(5) Prin excepție de la prevederile alin. (3) și art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, în anul 2018, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.”

14. La articolul 265 alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) contribuții ale persoanelor fizice:”

15. La articolul 265 alineatul (1), după litera a) se introduce o nouă literă, lit.a¹), cu următorul cuprins:

„a¹) sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, potrivit art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare;”

16. Alineatele (2), (3) și (5) ale articolului 265 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Colectarea contribuțiilor datorate de persoanele obligate să se asigure, precum și contribuția asiguratorie pentru muncă datorată de angajator, se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin ANAF și organele fiscale subordonate acestuia, potrivit prevederilor Codului de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Pentru acoperirea deficitului bugetului fondului, în vederea asigurării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații, după epuizarea fondului de rezervă veniturile bugetului fondului se completează cu sume care se alocă de la bugetul de stat.

.....

(5) Veniturile asupra cărora se stabilește contribuția asiguratorie pentru muncă și cota de contribuție sunt prevăzute în Legea nr. 227/2015.”

17. Alineatul (3) al articolului 266 se abrogă.

18. Alineatul (4) al articolului 266 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Termenul de prescripție a obligației de plată privind contribuția de asigurări sociale de sănătate este prevăzut în Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.”

19. Alineatele (1) și (3) ale articolului 267 se abrogă.

20. Alineatul (1) al articolului 268 se abrogă.

21. Articolul 269 se abrogă.

22. Articolul 270 se modifică și va avea următorul cuprins:

„**Art. 270.** - Activitatea privind declararea, stabilirea, controlul și colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuția de asigurări sociale de sănătate se realizează de către ANAF, prin structurile de specialitate cu atribuții de administrare a creanțelor fiscale, inclusiv unitățile subordonate.”

23. Alineatul (1) al articolului 337 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Cardul național este un card electronic, distinct de cardul european, personal și netransmisibil.”

24. După alineatul (1) al articolului 337 se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale și/sau utilizarea de către aceștia fără drept, în scopul raportării și validării unor servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale constituie infracțiunea de fals privind identitatea, prevăzută la art. 327 din Codul penal și se pedepsește conform prevederilor Codului penal.”

25. După alineatul (2) al articolului 337 se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

„(3) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale nu sunt aplicabile situațiilor persoanelor care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanelor care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate.”

26. La articolul 347, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

„h) servicii medicale furnizate sub formă de abonament - servicii medicale preplătite, pe care furnizorii le acordă în mod direct abonaților și nu prin intermediul asigurătorilor, cu respectarea legislației în vigoare pentru autorizarea, înființarea și funcționarea furnizorilor de servicii medicale, dar și cu privire la activitățile financiare care acoperă riscurile producerii unor evenimente neprevăzute. Aceste servicii medicale sunt acordate de furnizori servicii medicale în număr definit, cu o valoare certă, obligându-se astfel ca în schimbul unei sume primite periodic sub formă de abonament să suporte toate costurile serviciilor medicale pe care abonații le-ar putea efectua în afara serviciilor incluse în pachetul de servicii medicale de bază. Furnizarea de servicii medicale sub formă de abonament nu acoperă riscurile producerii unor evenimente neprevăzute sau a căror valoare nu poate fi definită în mod concret, de exemplu tratamente determinate de boli sau accidente, îmbolnăvirea, spitalizarea, intervenții chirurgicale și orice alte servicii medicale în legătură cu riscurile la care ar putea fi expus abonatul. Furnizorii de servicii medicale care acordă servicii medicale sub formă de abonament nu vor deconta aceleași servicii efectuate acelorași abonați, pentru același episod de boală, atât în sistemul de asigurări sociale de sănătate cât și în cadrul asigurărilor voluntare de sănătate.”

27. Alineatul (2) al articolului 351 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(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, și sunt menționate în contractul de asigurare voluntară de sănătate, în condițiile alin. (3).”

28. După alineatul (2) al articolului 351 se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

„(3) Pachetul de servicii medicale pentru asigurările voluntare de sănătate, serviciile medicale furnizate sub formă de abonament, precum și modalitatea și condițiile acordării acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului”.

Art. II. - Prevederile art. I pct. 1-4, 7-9, 14-16 și 19-21 intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2018.

PRIM – MINISTRU

MIHAI TUDOSE

Contrasemnează:

Ministrul sănătății
Florian-Dorel Bodoș

Ministrul finanțelor publice
Ionuț Mișa

București, 29 noiembrie 2017
Nr. 88

