

## EXPUNERE DE MOTIVE

Această propunere legislativă vizează completarea și corectarea Legii 95/2006 privind reforma sistemului de sănătate, în vederea clarificării unor aspecte care vizează relația dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori, contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale precum și limitarea numirilor interimare în cadrul caselor de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Având în vedere faptul că durata contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale și clauzele aferente sunt stabilite prin Contractul Cadru cu valabilitate de 2 ani, iar perioada de prescripție extinctivă a acestor contracte și modalitatea de acțiune materială a părților nu este clar stabilită, considerăm necesară impunerea unui termen de un an de zile precum și precizarea faptului că în perioada de prescripție acțiunea materială a părților se poate realiza numai în instanță de judecată.

Aceste precizări sunt necesare în condițiile în care contractele dintre casa de asigurări de sănătate și furnizori sunt contracte civile care se supun Codului Civil, care precizează în ceea ce privește dreptul la acțiune materială în perioada de prescripție extinctivă, la art. 2500, că dreptul material la acțiune se stinge prin prescripție, dacă nu a fost exercitat în termenul stabilit de lege și că prin dreptul la acțiune se înțelege dreptul de a constrânge o persoană, cu ajutorul forței publice, să execute o anumită prestație, să respecte o anumită situație juridică sau să suporte orice altă sancțiune civilă, după caz. Deci, una din cele două părți, casa de asigurări sau furnizorul, are dreptul de a constrânge cealaltă parte “să execute o anumită prestație, să respecte o anumită situație juridică sau să suporte orice altă sancțiune civilă” doar prin dreptul material la acțiune exercitat numai “cu ajutorul forței publice” reprezentat de instanță de judecată.

2. Având în vedere faptul că perioada numirilor interimare pentru unele funcții de conducere din CNAS și casele de asigurări de sănătate nu este definită prin lege, considerăm necesară introducerea unei reglementări în acest sens, prin introducerea unui mandat interimar de maximum 6 luni de zile, fără posibilitatea prelungirii mandatului. Și în momentul de față și în anii anteriori, sunt și au existat multe situații în care directorul general al CNAS sau directorii generali ai caselor județene de asigurări de sănătate au ocupat pozițiile respective perioade lungi doar prin numire interimară, deși Legea 95/2006 stabilește foarte clar că aceste posturi se ocupa prin concurs. Este necesar a se stabili perioada maximă prin care aceste posturi pot fi ocupate interimar pentru a se evita situații cum ar fi cea de la Iași, unde fostul director general al CJAS Iași a ocupat funcția interimar timp de aproape 4 ani.
3. Modificarea alin. (1) al art. 255 este necesară în condițiile în care controlul are întotdeauna ca misiune verificarea respectării clauzelor contractuale având în vedere că singura relație dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori este cea contractuală. Aceste clauze contractuale sunt stabilite prin Contractul cadru, hotărâre de Guvern care are valabilitate de 2 ani. La apariția unei noi HG se precizează clar că cea veche este abrogată și implicit acele clauze contractuale nu mai au suport legislativ sau juridic. Astfel, un control nu mai poate verifica niște clauze contractuale ale unui contract terminat și fără valabilitate la data controlului, clauze stabilite printr-un act normativ abrogat la data controlului.
4. Modificarea art. 311 derivă din practica curentă a caselor de asigurări de sănătate în cadrul controalelor la furnizorii de servicii medicale. Ca urmare a acestor controale se stabilesc sancțiuni financiare care nu sunt prevăzute în contractul cadru și, implicit, în clauzele contractuale. Situația s-a înrăutățit mult după 2013, existând numeroase procese civile pe rolul instanțelor de judecată pentru acest motiv. Efectul cel mai grav al acestor sancțiuni este suportat de pacienți. Cel mai clar caz este cel al medicilor de familie care au fost sancționați de casele de asigurări din toată țara pentru eliberarea de rețete compensate sau gratuite fără respectarea normelor legale. Deși o astfel de clauză contractuală nu este prevăzută ca sancțiune în contractul lor cu casele de asigurări, medicilor de familie li s-a

imputat contravaloarea acestor rețete, sume care au fost scăzute din valoarea de contract a lunilor următoare. Toate acestea s-au întâmplat în baza unui alt contract decât cel pe baza căruia au fost sancționați. Rezultatul a fost că medicii au ezitat și ezită încă să mai prescrie rețete compensate sau gratuite, iar cei care suferă cu adevărat sunt pacienții. Același rezultat negativ este pentru pacienții din cadrul centrelor de permanentă, aceștia neputând beneficia de unitățile precizate pentru că medicii de familie refuza să mai vină la astfel de centre din cauza sancțiunilor financiare pe care le-au suferit în urmă cu câțiva ani. Același rezultat negativ este și pentru pacienții cabinetelor de stomatologie, în special pentru cei din mediul rural, pentru că medicii stomatologi nu mai doresc să încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru a nu mai fi incorect sancționați financiar, așa cum au fost în trecut. La fel se întâmplă și în cazul copiilor din spitalele de pediatrie care efectuează hemodializa sau care necesită medicamente pentru cancer.

Prin prisma acestor situații, propunem modificarea Legii sănătății și corectarea lacunelor legislative precum și a inadvertențelor care afectează grav atât sistemul medical cât și pacienții.

**Inițiator,**

**Deputat Petru Movilă**

