

EXPUNERE DE MOTIVE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	
Lege	
privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate	
Secțiunea a 2-a	
Motivul emiterii actului normativ	
1. Descrierea situației actuale	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. 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”. 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. 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. Reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se găsesc la nivelul

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 generaliști, 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 sistemul 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 l-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 asiguratori 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 negociată 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.

	• 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. Beneficii pentru asigurători • 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. Beneficii pentru Guvern • 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 piața 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	Demonopolizarea 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 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

	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	JINICĂ SILVIA-MONICA	SEN	USR	
3	TUDOR RAZEL POP	DEP	USR	
4	RADU CIORNEI	DEP	USR	
5	HAVARNEANU FILIP	DEP	USR	
6	CRISTIAN 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	Oprișanu Horea	SEN	USR	
13	VICTOR ILIE	DEP	USR	
14	TERENTE EUGEN	DEP	USR	
15	YFOL COSTEL	SEN	USR	
16	ANDREI MARIUS MIPTODE	DEP	USR	
17	DARAU AMBLOZIE-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	LAZAR TEODOR	DEP	USR
23	SEBASTIAN CERNIC	SEN	USR
24	BRIAN CRISTIAN	DEP	USR
25	SEINER CRISTIAN GABRIEL	DEP	USR
26	SPĂTARU E. SIMONA	SEN.	USR
27	FELON NICU	DEP.	USR.
28	PANAIT RADU	DEP	USR
29	SILVIU BELELEAN	DEP	USR
30	Dan Barna	DEP	USR
31	STEFAN IULIAN JORNEB	DEP	USR
32	STELIAN ION	DEP	USR
33	Radu clusuta	Dep	USR
34	MURARIU OANA	DEP	USR
35	VIOREL BĂLTĂREȚU	DEP	USR
36	REMUS NEGOI	SEN	USR
37	OANA SILVIA TOIU	DEP	USR