

nr. 1595 / LP38
data 26.08.2016

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
S.F. 2
408/06.09.2016



GUVERNUL ROMÂNIEI
PRIMUL – MINISTRU

Domnule președinte,

În conformitate cu prevederile art. 111 alin. (1) din Constituție, Guvernul României formulează următorul

PUNCT DE VEDERE

referitor la *propunerea legislativă pentru completarea art. 230 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, inițiată de domnul senator PSD Bereanu Neculai împreună cu un grup de parlamentari PSD, Independenți (Bp. 223/2016).*

I. Principalele reglementări

Inițiativa legislativă are ca obiect de reglementare completarea alin. (2) al art. 230 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, cu o literă nouă, **lit. e¹**), în sensul acordării posibilității ca asigurații să poată beneficia de „*rambursarea ulterioară a tuturor cheltuielilor efectuate pentru investigațiile din cadrul pachetului de servicii medicale de bază pentru specialitățile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în termen de 60 de zile de la efectuarea plății*”.

II. Observații

Prin art. 229 din *Legea nr. 95/2006*, legiuitorul a stabilit următoarele:

„(1) *Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi.*

(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiul Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.

(3) Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la:

a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal;

b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);

c) respectarea criteriilor de calitate pentru serviciile medicale oferite în cadrul pachetelor de servicii;

d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

e) modalitățile de plată utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;

f) măsuri de îngrijire la domiciliu, de reabilitare;

g) condițiile acordării serviciilor la nivel teritorial, precum și lista acestora;

h) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a dispozitivelor medicale;

i) modul de informare a asiguraților;

j) coplata, pentru unele servicii medicale, după caz”.

Totodată, art. 230 alin. (1) din lege prevede faptul că „Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege, de contractul-cadru și normele sale de aplicare”, iar lit. e) a alin.(2) al aceluiași articol stabilește că asigurații au dreptul „să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile impuse de contractul-cadru”.

Potrivit prevederilor art. 258 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 „Casele de asigurări încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar”.

Bugetul Fondului unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv alocarea pe segmente de asistență medicală, se aprobă de Parlament la propunerea Guvernului, ca anexă la *Legea bugetului de stat* și ca urmare, casele de asigurări de sănătate au obligația să contracteze și să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, contravaloarea serviciilor medicale, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract.

Propunerea inițiatorilor de completare a alin. (2) al art. 230 cu lit. e¹) nu prevede cine rambursează cheltuielile, condițiile în care se realizează această rambursare și sursa de finanțare.

De asemenea, menționăm că rambursarea cheltuielilor nu se poate face din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate deoarece casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora.

III. Punctul de vedere al Guvernului

Având în vedere considerentele menționate la pct. II, **Guvernul nu susține adoptarea acestei propuneri legislative.**

Cu stimă,



Dacian Julien CIOLOȘ

Domnului senator Călin-Constantin-Anton Popescu-Tăriceanu
Președintele Senatului