



PRIM MINISTRU

Domnule președinte,

În conformitate cu prevederile art. 111 alin. (1) din Constituție și în temeiul art. 25 lit. (b) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul Administrativ, Guvernul României formulează următorul:

PUNCT DE VEDERE

referitor la *propunerea legislativă privind dreptul românilor de a alege asigurătorul de sănătate*, inițiată de doamna deputat USR Cristina Mădălina Prună împreună cu un grup de parlamentari USR (**Bp.766/2023, Plx.186/2024**).

I. Principalele reglementări

Prin inițiativa legislativă se propune înființarea, organizarea și funcționarea sistemului de asigurări private de sănătate de bază, având ca scop ocrotirea sănătății populației într-un sistem concurențial care să garanteze libera alegere de către asigurați a asigurătorului de sănătate, precum și dreptul asiguraților de a solicita transferul, în numele lor, a unei contribuții din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către asigurătorul de sănătate privat ales.

Cuantumul contribuției recuperate este în valoare de maxim 50% din contribuția de asigurări de sănătate datorată Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate aferentă unui salariu minim brut garantat în plată.

II. Observații

1. Menționăm că, potrivit dispozițiilor art. 34 din *Constituție*:
„(2) *Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice.*”

(3) *Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii*”.

De asemenea, conform reglementării art. 219 din *Legea nr. 95/2006*:

„(1) *Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați;*

(2) *Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:*

a) *protejarea asiguraților de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;*

b) *asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate*”.

Potrivit Codului administrativ, serviciul public reprezintă *„activitatea sau ansamblul de activități organizate de o autoritate a administrației publice ori de o instituție publică sau autorizată/autorizate ori delegată de aceasta, în scopul satisfacerii unei nevoi cu caracter general sau a unui interes public, în mod regulat și continuu*”.

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați. Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:

a) *protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;*

b) *asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.*

Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, iar obiectivele menționate la art. 219 alin. (2) din *Legea nr. 95/2006* se realizează pe baza următoarelor principii:

a) *alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări;*

b) *solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor;*

c) alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitivele medicale, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru;

d) descentralizarea și autonomia în conducere și administrare;

e) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

f) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;

h) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate;

i) libera concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Prevederile art. 219 alin. (4) din *Legea nr. 95/2006* stipulează că „*pot funcționa și alte forme de asigurare a sănătății în diferite situații speciale. Aceste asigurări nu sunt obligatorii și pot fi oferite voluntar de organismele de asigurare autorizate conform legii*”. Potrivit art. 219 alin. (5) din *Legea nr. 95/2006*, asigurarea voluntară complementară sau suplimentară de sănătate poate acoperi riscurile individuale în situații speciale și/sau pe lângă serviciile acoperite de asigurările sociale de sănătate.

Concluzionând, prevederile legale în vigoare instituie obligativitatea pentru asigurările sociale de sănătate, pentru asigurările voluntare (private) fiind instituită o opțiune facultativă, creându-se, astfel, o relație de dependență între cele două forme de asigurare, neputând exista în actualul context legislativ asigurare voluntară de sănătate în lipsa calității de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Această concluzie este întărită și de dispozițiile art. 219 alin. (6) din *Legea nr. 95/2006*, potrivit cărora asigurarea voluntară de sănătate nu exclude obligația de a plăti contribuția pentru asigurarea socială de sănătate.

În ceea ce privește asigurările voluntare de sănătate, precizăm că acestea constituie în prezent obiectul de reglementare al Titlului X din *Legea nr. 95/2006*.

Astfel cum prevede art. 349 alin. (1) - (3) din *Legea nr. 95/2006*, „asigurările voluntare de sănătate pot fi, asigurări de tip complementar și suplimentar. Asigurările voluntare de sănătate de tip complementar suportă coplata și contribuția personală datorate de asigurat, în condițiile legii. Asigurările voluntare de sănătate de tip suplimentar suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii medicale specificate în polița de asigurare”.

Se observă, astfel, că, așa cum sunt în prezent reglementate, asigurările voluntare de sănătate nu au un caracter substitutiv, ci ele au un caracter fie complementar, fie suplimentar.

Menționăm în acest context faptul că, prin *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 88/2017 pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, dispozițiile art. 351 din *Legea nr. 95/2006* au fost completate în sensul stabilirii faptului că 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.

De asemenea, ar fi trebuit reținute și dispozițiile art. 358 din *Legea nr. 95/2006*, potrivit cărora, în domeniul asigurărilor voluntare de sănătate, instituțiile competente sunt Autoritatea de Supraveghere Financiară, care supraveghează activitatea asiguratorilor autorizați și Ministerul Sănătății, care avizează, printr-o direcție de specialitate, asiguratorii privați.

2. Cu privire la textele propuse, menționăm următoarele:

Titlul inițiativei legislative ar fi trebuit formulat, în sensul textelor propuse care reglementează și alte aspecte referitoare la asigurările

private de sănătate, nu doar dreptul românilor de a alege un anumit „asigurător de sănătate”.

În plus, semnalăm că utilizarea termenului „români” ar putea fi apreciată ca discriminatorie, prin raportare la categoriile de persoane care se află în mod legal pe teritoriul României¹.

De asemenea, constatăm că, deși art. 1 alin. (1) se referă la înființarea, organizarea și funcționarea sistemului de asigurări private de sănătate de bază, din celelalte texte ale inițiativei nu rezultă din ce este constituit acest sistem, cum se înființează și se organizează, fiind necesară analizarea acestui aspect și completarea conținutului legii în acest sens.

Față de soluția propusă la alin. (2) al art. 1 al inițiativei legislative, din care se deduce că modalitatea prin care se asigură alegerea de către populație a unui asigurător de sănătate este „dreptul asiguraților de a solicita transferul...unei contribuții din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate”, menționăm că aceasta nu pare corelată cu cea de la alin. (4) al art. 4 și cea de la alin. (2) al art. 9, din care rezultă că transferul respectiv este opțional. De asemenea, ar fi fost necesară corelarea celor trei texte menționate anterior și din perspectiva terminologiei utilizate, astfel încât intenția de reglementare să fie clară, dat fiind că nu rezultă concret ce reprezintă suma al cărei transfer ar putea fi solicitat de către asigurat. Astfel, art. 1 alin. (2) se referă la „contribuție din bugetul Fondului”, alin. (4) al art. 4 la „recuperarea parțială a contribuției sale din Fond...”, iar alin. (2) al art. 9 la „contribuția recuperată”.

Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit Legii 95/2006.

Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, conform art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din *Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare*, sumele provenite din protocoale încheiate de

¹ Conform art. 222 alin.(1) din *Legea nr. 95/2006*, sunt asigurați, pe lângă cetățenii români cu domiciliul sau reședința în țară, și: cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România, cetățenii statelor membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și au obținut dreptul de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni; persoanele din statele membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și anume desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întoarce de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână;

Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea *Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat*, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului Casa Națională de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

În plus, nu rezultă motivul pentru care se utilizează sintagma „*în numele lor*”, cu referire la dreptul asiguraților de a solicita transferul respectiv. Mai mult, apreciem că această expresie creează confuzie prin raportare la categoriile de persoane care ar avea posibilitatea să beneficieze de prevederile prezentei legi și care nu au capacitatea de a încheia un contract².

Observațiile vizează și definiția propusă la lit. g) a art.2 al inițiativei legislative.

3. Cu privire la art. 2 al inițiativei legislative, menționăm:

Definiția de la lit. a) ar fi trebuit reanalizată, astfel încât să se clarifice ce se are în vedere prin „*oferirea*” și „*distribuția*” de contracte de asigurare și reasigurare³. De asemenea, era necesar să se precizeze cine ar urma să presteze activitățile menționate în această definiție.

Semnalăm că ar fi fost necesar să se clarifice sfera de aplicare a definiției propuse la lit. b), prin indicarea concretă a textelor din *Legea nr. 95/2006* avute în vedere de norma propusă⁴.

Observația privește și definiția propusă la lit. c), din perspectiva pachetului de servicii de bază.

Având în vedere că, potrivit alin. (3) al art. 20 din *Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare*,

² Ne referim, spre exemplu, la copii cu vârstă de până la 18 ani, care sunt asigurați conform Legii nr. 95/2006 și care par să poată fi asigurați și conform prezentei legi, astfel cum ar rezulta din definiția propusă la art. 2 lit. d).

³ Constatăm că niciunul dintre celelalte texte din propunere nu se referă la activitatea de reasigurare, astfel că, în funcție de intenția de reglementare, fie se elimină acest termen din definiția propusă, fie se completează conținutul legii în mod corespunzător.

⁴ În plus, textul trebuie coroborat cu cel propus la art. 9 alin. (1), care se referă și la „persoane care beneficiază de asigurare”.

autorizația pentru desfășurarea activității de asigurare se acordă pentru activitatea de asigurări de viață sau pentru activitatea de asigurări generale, pentru claritatea normei, considerăm că definiția de la lit. d) a inițiativei legislative ar fi trebuit să menționeze expres la ce dispoziții din *Legea nr. 237/2015* se referă.

Cu privire la definiția de la lit. e) a inițiativei legislative, apreciem că aceasta ar fi trebuit să se refere la asigurătorii de sănătate. De asemenea, este necesar să se menționeze ce se are în vedere prin sintagma „*tarif de primă*”.

Dincolo de cele menționate mai sus, cu privire la definiția propusă la lit. g), precizăm că ar fi fost necesar să rezulte de unde, respectiv unde ar urma să fie transferată suma respectivă.

4. Cu privire la art. 4 al inițiativei legislative menționăm:

La alin. (1) ar fi fost necesar să se menționeze cu cine se poate încheia respectivul contract. În plus, nu se poate deduce motivul utilizării sintagmei „*din proprie inițiativă*”, câtă vreme textul prevede posibilitatea și nu obligația încheierii unui astfel de contract.

În ceea ce privește soluția propusă la alin. (2), precizăm că aceasta pare să nu dea posibilitatea persoanelor care se află în imposibilitate fizică de a semna un document să profite de dreptul reglementat de prezenta lege. Or, în lipsa unor motive temeinice, o astfel de prevedere este discriminatorie, contrar art. 16 alin. (1) din *Constituție*.

Pentru claritatea și previzibilitatea normei, alin. (3) al inițiativei legislative, ar fi trebuit să indice textele care stabilesc „*condițiile legale*” la care se referă textul.

Cu privire la alin. (4) al art. 4 al inițiativei legislative, precizăm că sintagma „*calitatea de asigurat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate*”, nu este consacrată legislativ în prezent și că trebuia să se analizeze dacă teza finală nu ar fi vizat de fapt data intrării în vigoare a contractului care are ca obiect asigurarea respectivă.

La alin. (5) propus la art. 4 al inițiativei legislative, ar fi necesar să se clarifice ce se are în vedere prin sintagma „*pachetul programelor naționale de sănătate*”, astfel încât norma să fie clară.

6. Alin. (3) al art. 5 din inițiativa legislativă este neclar în forma propusă, dat fiind că nu se poate deduce despre ce „*acte individuale de aderare*” este vorba.

În plus, apreciem că sintagma „*orice alte informații*” este vagă și imprevizibilă, fiind necesară menționarea, cel puțin la nivel general, a datelor avute în vedere⁵.

7. Textul propus la alin. (2) al art. 6 din inițiativa legislativă nu este clar în ceea ce privește data de la care o persoană redobândește calitatea de asigurat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, termenul de cel mult 15 zile fiind incert.

8. Art. 8 al inițiativei legislative ar fi trebuit să trimită concret la normele din cuprinsul *Legii nr. 237/2015* care ar urma să se aplice, astfel încât norma să fie clară și previzibilă.

9. Cu privire la art. 9 al inițiativei legislative, dincolo de aspectele mai sus menționate, cu privire la textele acestuia precizăm că nu rezultă cum se procedează în situația în care asiguratul dorește doar recuperarea sumei respective, fără a solicita și transferul acesteia către un asigurator de sănătate.

Cu privire la alin. (3) al art. 9 din inițiativa legislativă, nu rezultă cine și în funcție de ce criterii stabilește concret suma ce poate fi recuperată și nici la ce dată se raportează nivelul garantat în plată al salariului de bază minim brut pe țară, care va fi luat în calcul conform normei.

Totodată, considerăm că era necesar să se clarifice dacă propunerea are în vedere transferul sumei reprezentând contribuție de asigurare de sănătate datorată de asigurat și declarată de acesta sau, după caz, de către angajator/plătitorul de venit, indiferent dacă s-a efectuat plata acesteia sau nu, respectiv dacă transferul vizează exclusiv sumele încasate la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

10. În ceea ce privește art. 10 al inițiativei legislative, precizăm că, dincolo de modalitatea neclară de redare a normelor⁶, Casa Națională de

⁵ Observația vizează și soluția de la lit. d) a art. 7, cu atât mai mult cu cât aceasta din urmă poate fi interpretată în sensul că un act normativ de nivel primar se poate modifica prin acte infralegale.

⁶ Nu rezultă: ce presupune operațiunea de „alocare”; care este actul normative care dă posibilitatea CNAS să stabilească „politici și proceduri proprii” în vederea alocării; ce se înțelege prin „cota de piață aferentă CNAS”; care este momentul la care se raportează nivelul garantat în plată al salariului de bază minim brut pe țară, care va fi luat în calcul conform normei; care este actul normative care dă posibilitatea adoptării unor „procedurii interne”, astfel cum precizează alin. (4).

Asigurări de Sănătate, conform art. 276 alin. (1) din *Legea nr. 95/2006*, administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar printre atribuțiile acesteia, stabilite în art. 280 din *Legea nr. 95/2006*, nu se regăsește și nici nu ar putea să se regăsească și atribuția de a coordona activitatea asigurătorilor de sănătate.

Prin urmare, această instituție nu ar putea „*aloca*” un astfel de asigurător unui asigurat.

11. Cu privire la art. 11 al inițiativei legislative, menționăm că, deși în denumirea marginală se precizează și sintagma „*Dispoziții tranzitorii*”, textul nu reglementează astfel de norme.

12. În *Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare*, sunt prevăzute o serie de facilități fiscale referitoare la asigurările private facultative de sănătate.

Astfel, potrivit prevederilor art. 76 (4¹) lit. f), art.142 lit.aa¹) pct.6 și ale art.157 alin.(2) din *Legea nr. 227/2015*, nu reprezintă venit impozabil și nu se cuprinde în baza de calcul al contribuției de asigurări sociale și al celei de asigurări sociale de sănătate, în limita plafonului lunar cel mult 33% din salariul de bază corespunzător locului de muncă ocupat sau din solda lunară/salariul lunar, după caz, „*primele de asigurare voluntară de sănătate, precum și serviciile medicale furnizate sub formă de abonament, suportate de angajator pentru angajații proprii, astfel încât la nivelul anului să nu se depășească echivalentul în lei al sumei de 400 euro, pentru fiecare persoană*”.

Potrivit dispozițiilor art.78 alin.(2) lit.(iv) din *Legea nr. 227/2015*, la determinarea impozitului lunar datorat pe veniturile din salarii și asimilate salariilor, se iau în calcul deducerea primelor de asigurare voluntară de sănătate, precum și serviciile medicale furnizate sub formă de abonament, suportate de angajați, astfel încât la nivelul anului să nu se depășească echivalentul în lei al sumei de 400 euro.

De asemenea, primele de asigurare voluntară de sănătate, precum și serviciile medicale furnizate sub formă de abonament, plătite în scopul personal al contribuabilului care realizează venituri din activități independente pentru care venitul net anual se determină în sistem real, pe baza datelor din contabilitate, reprezintă cheltuieli deductibile în limita a echivalentului în lei al sumei de 400 euro anual.

Totodată, precizăm că se instituie posibilitatea ca persoana fizică să plătească prima de asigurare de sănătate atât prin deducerile mai sus prezentate, cât și prin redirecționarea contribuției de asigurări sociale de sănătate.

13. În urma analizei prezentei inițiative legislative, constatăm, cu caracter general, următoarele:

După cum rezultă, de altfel, și din cele mai sus expuse, mecanismul propus în vederea obținerii calității de asigurat conform prezentei legi este unul foarte neclar și dificil de aplicat, astfel că ar fi fost necesară reglementarea unor norme lipsite de echivoc și predictibile, care să răspundă scopului propus.

De asemenea, sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel cum este reglementat de *Legea nr. 95/2006*, se bazează, printre altele, pe *principiul solidarității și pe cel privind acordarea unui pachet de servicii medicale de bază*, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat.

În baza acestor principii, persoanele care obțin venituri contribuie la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din care sunt asigurate servicii medicale din pachetul de bază atât pentru ei, cât și pentru unele categorii de persoane aflate în anumite situații speciale, asigurate fără plata contribuției, astfel cum se reglementează la art. 224 alin. (1) din *Legea nr. 95/2006*.

O astfel de reglementare, a avut în vedere respectarea art. 34 din *Constituție*, conform căruia dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, iar statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea sănătății publice pentru toți cetățenii săi.

Prin urmare, este necesar să se analizeze, dacă, prin adoptarea și aplicarea unor măsuri de natura celor propuse prin prezentul demers legislativ, există posibilitatea ca statul să nu își mai poată îndeplini obligațiile constituționale, menționate anterior, ipoteză în care s-ar putea aprecia că inițiativa parlamentară creează premisele încălcării art. 34 din *Legea fundamentală*.

Apreciem că aplicarea prevederilor inițiativei legislative ar putea conduce la un impact negativ asupra bugetului consolidat.

În acest context, menționăm că Guvernul are obligația de a conduce politica fiscal-bugetară în mod prudent pentru a gestiona resursele, obligațiile bugetare și riscurile fiscale, iar adoptarea inițiativei legislative

ar influența negativ ținta de deficit bugetar, stabilitatea macroeconomică și ratingul de țară în relația cu organismele financiare internaționale.

Atașăm prezentului punct de vedere opinia Autorității de Supraveghere Financiară transmisă prin adresa nr. 663/14.03.2024.

III. Punctul de vedere al Guvernului

Având în vedere considerentele menționate, **Guvernul nu susține adoptarea acestei inițiative legislative.**

Cu stimă,

Ion-Marcel CIOLACU

PRIM-MINISTRU

Domnului deputat Alfred-Robert SIMONIS

Președintele interimar al Camerei Deputaților