

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

Parlamentul României adoptă prezenta lege:

Articol unic. - 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. La articolul 102, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

(1) Asistența medicală privată de urgență în faza spitalicească este asigurată de spitalele private, pe baza unui contract direct cu beneficiarul, cu asigurătorul privat al acestuia sau la solicitarea directă a beneficiarului ori a aparținătorilor acestuia. În cazul pacienților cu funcțiile vitale în pericol, spitalele private au obligația de a acorda gratuit primul ajutor, până la transferul acestora în condiții de siguranță la un spital public, cu excepția cazului în care spitalul privat are servicii UPU sau CPU acreditate, conform normelor de acreditare a acestor structuri, aplicabile și pentru spitalele publice.

2. Articolul 138 se modifică și va avea următorul cuprins:

Furnizorii de servicii medicale de specialitate, atât publici cât și privați, au următoarele obligații specifice:

- a) înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea tuturor datelor legate de contract rezultate din activitatea proprie, lunar, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
- b) raportarea datelor prevăzute la lit. a) se face către Ministerul Sănătății, structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății și, după caz, către ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, pentru constituirea bazei de date, la nivel național, în vederea fundamentării deciziilor de politică de sănătate, precum și pentru raportarea datelor către organismele internaționale;
- c) raportarea către CNAS, casele de asigurări de sănătate, dar și către asigurătorii care practică asigurări voluntare de sănătate, cu care se află în relații contractuale a tuturor datelor menționate în contractele încheiate cu aceștia;
- d) păstrarea, securizarea și asigurarea sub formă de document scris și electronic a documentației primare, ca sursă a acestor date, constituind arhiva furnizorului, conform reglementărilor legale în vigoare.

3. La articolul 248, alineatul (1), după litera t) se introduce o nouă literă, litera u), având următorul cuprins:

- u) serviciile medicale furnizate sub formă de abonament.

4. La articolul 347, lit. h) se modifică și va avea următorul cuprins:

h) *servicii medicale furnizate sub formă de abonament* - servicii medicale preplătite, cu respectarea legislației în vigoare pentru autorizarea, înființarea și funcționarea furnizorilor de servicii medicale dar și cu privire la activitățile financiare care decurg dintr-un contract de abonament sau dintr-o obligație prevăzută de lege, prin care furnizorul se obligă ca în schimbul unei sume primite periodic să suporte costurile serviciilor medicale pe care abonații le-ar putea efectua și pe care furnizorii le oferă în mod direct abonaților și nu prin intermediul asigurătorilor, în afara serviciilor incluse în pachetul de servicii medicale de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate.

5. La articolul 357, după alineatul (4) se introduc două noi alineate, alin.(5) și (6), având următorul cuprins::

(5) În baza contractului încheiat între furnizorii de servicii și asigurătorii autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate, furnizorii nu vor deconta aceleași servicii efectuate aceluiași asigurați, pentru același episod de boală, atât în sistemul asigurărilor sociale de sănătate cât și în sistemul asigurărilor voluntare de sănătate.

(6). Asigurătorii autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate vor solicita furnizorilor de servicii medicale cu care se află în contract o evidență lunară cu privire la decontarea serviciilor medicale pentru pacienții care beneficiază de asigurare voluntară de sănătate aflați în contract cu aceștia.

6. Articolul 358 se modifică și va avea următorul cuprins:

(1) Autoritatea de Supraveghere Financiară supraveghează activitatea asigurătorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile legale.

(2) Fiecare asigurător autorizat să practice asigurările voluntare de sănătate are obligația, în vederea încheierii contractelor de asigurare de acest tip, să obțină avizarea listei furnizorilor de servicii medicale agreați, alții decât cei aflați deja în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și să reactualizeze această listă înaintea contractării unui nou furnizor. Avizarea și reactualizarea listei se obțin de la direcția de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății

(3) În scopul completării serviciilor medicale care se regăsesc în pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv al numărului de accesări ale acestora, Ministerul Sănătății și Autoritatea de Supraveghere Financiară elaborează un pachet minim de servicii medicale pentru asigurările voluntare de sănătate, obligatoriu pentru toți asigurătorii care practică asigurări voluntare de sănătate.

(4) La elaborarea pachetului minim de servicii acoperit prin asigurările voluntare de sănătate se va ține cont de frecvența accesărilor, de tipul serviciilor care se regăsesc în pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de complementaritatea serviciilor, precum și de nevoia introducerii de servicii suplimentare. Pachetul minim de servicii acoperit prin asigurările voluntare de sănătate va fi dimensionat pentru a susține starea de sănătate a populației.

(5) Pachetul minim de servicii pentru asigurarea voluntară de sănătate, prevazut la alin.(3), se aproba prin hotărâre a Guvernului, odată cu aprobarea contractului-cadru pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) Pachetele de asigurări voluntare de sănătate, oferite de către asiguratorii care practică asigurări voluntare de sănătate, conțin obligatoriu și pachetul minim de servicii prevazut la alin.(3).

7. Articolul 365 se modifică și va avea următorul cuprins:

(1) Ministerul Sănătății și Autoritatea de Supraveghere Financiară elaborează împreună și/sau separat, după caz, în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, norme metodologice de aplicare a prezentului titlu.

(2) În termenul prevazut la alin.(1), Ministerul Sănătății, C.N.A.S. și Autoritatea de Supraveghere Financiară elaborează împreună sau separat, după caz, norme metodologice cu privire la încheierea și derularea contractelor de asigurări voluntare de sănătate, atât între asiguratorii și asigurați cât și între asiguratorii și furnizorii de servicii medicale.

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art.75 și ale art. 76 alin (2) din Constituția României, republicată.

**Președintele
Senatului**

Calin Popescu -Tariceanu

**Președintele
Camerei Deputaților**

Nicolae – Liviu Dragnea