



**G U V E R N U L R O M Ȃ N I E I**  
**ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ**

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

Luând în considerare că aplicarea în acest moment a prevederilor actuale din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare, respectiv calitatea de asigurat numai a pensionarilor care au venituri lunare din pensii în cuantum de 740 lei nu este în deplină concordanță cu noile reglementări ale Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, care au determinat majorarea punctului de pensie,

necesitatea reglementării calității de asigurat cu plata contribuției din alte surse - bugetul de stat- și a pensionarilor care realizează venituri din pensii lunare între 740 lei și 872 lei, ținând cont de problemele sociale dificile cu care se confruntă această categorie de persoane în condițiile economiei de piață, respectiv un număr de 508.609 de pensionari,

în considerarea faptului că se impune crearea cu celeritate a cadrului legal pentru asigurarea, cu suportarea contribuției de la bugetul de stat, a persoanelor fizice cu venituri lunare din pensii mai mici sau egale cu valoarea unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv;

având în vedere faptul că neadoptarea în regim de urgență a măsurilor de reglementare prevăzute de prezenta ordonanță de urgență ar avea ca efect neasigurarea pensionarilor cu venituri din pensii lunare între 740 lei și 872 lei, determină consecințe medicale și sociale grave,

această situație impune măsuri urgente pentru asigurarea accesului cât mai facil la sistemul de asigurări de sănătate,

având în vedere că medicul de familie este furnizorul de servicii medicale la nivelul cărui asiguratul poate beneficia de servicii medicale pe domeniul de competență al acestuia și respectiv de prescripții medicale,

ținând cont de faptul că pe baza recomandării acestuia asiguratul beneficiază de investigații medicale, de servicii ambulatorii de specialitate, de recuperare, precum și de servicii medicale spitalicești,

întrucât pot exista situații justificate în care înainte de împlinirea termenului de 6 luni, asiguratul este nevoit să-și schimbe medicul de familie, pentru a evita impactul negativ asupra sănătății persoanelor din sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele asigurate, care au dreptul la servicii din pachetul de servicii medicale de bază se impune stabilirea cadrului legal astfel încât persoanele asigurate să își poată schimba medicul de familie ales și înainte de termenul de 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, pentru a putea beneficia în continuare de toate serviciile medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

în considerarea faptului că în prezent nu sunt stabilite standardele de acreditare și, implicit, nu poate fi realizată acreditarea furnizorilor de servicii medicale de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, pentru a nu fi în imposibilitatea de a contracta servicii medicale cu furnizorii și a asigura continuitatea accesului asiguraților la servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, este necesară menținerea reglementării potrivit căreia serviciile medicale se acordă de către furnizori autorizați și evaluați, astfel încât să nu existe disfuncționalități în procesul de acordare a serviciilor medicale asiguraților;

având în vedere situația excepțională, cauzată de numărul mare de furnizori de servicii medicale neacreditați, pentru a se preîntâmpina blocaje în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu impact negativ asupra stării de sănătate a populației și a sistemului, se impune instituirea posibilității încheierii, în anul 2016, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a contractelor cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii,

în considerarea faptului că neadoptarea acestei măsuri poate împiedica desfășurarea în bune condiții a procesului de contractare, pentru anii 2016-2017, având în vedere că valabilitatea actualului Contract- cadru încetează la data de 31 martie 2016,

pentru a evita apariția unor situații de natură a afecta, dreptul la sănătate a cetățenilor, deși aceste persoane au calitatea de asigurat ca urmare a neîncheierii de către furnizorii de servicii medicale a contractelor cu casele de asigurări de sănătate, acțiune care determină la imposibilitatea acordării de către aceștia a serviciilor medicale, medicamente și dispozitive medicale persoanelor asigurate, în funcție de starea de sănătate a acestora,

întrucât sistemul de asigurări sociale de sănătate nu își va putea atinge obiectivele prevăzute în mod expres de lege,

luând în considerare faptul că în prezent, colectarea contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, iar în luna curentă (data la care se solicită emiterea cardului european) plata contribuției se realizează pentru luna anterioară,

ținând cont că transmiterea datelor de către această instituție către Casa Națională de Asigurări de Sănătate se realizează lunar, se impune stabilirea unei reglementări în sensul că eliberarea cardului european se va face în funcție de calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate al persoanei,

pentru a asigura accesul la servicii medicale pentru asigurații aflați în ședere temporară pe teritoriul unor state membre Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau Confederației Elvețiene, se impune ca durata de valabilitate a cardului european să fie de 1 an de la data emiterii față de 6 luni în prezent,

în situația neadoptării modificării reglementării cu privire la situația în care poate fi refuzată emiterea cardului european de către casa de asigurări de sănătate și s-ar menține prevederile actuale potrivit cărora persoanei asigurate îi poate fi refuzat cardul european numai în situația în care aceasta nu face dovada plății contribuției la zi, prevederile nu pot fi puse în aplicare, întrucât la nivelul caselor de asigurări de

sănătate sunt gestionate numai date cu privire la calitatea de asigurat a persoanei, iar datele referitoare la plata contribuției sunt gestionate de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, potrivit prevederilor Codului Fiscal, cu consecințe negative, prin raportare la faptul că, persoana asigurată ar trebui să dețină și un document emis de către ANAF din care să rezulte plata la zi a contribuției de asigurări sociale de sănătate,

Având în vedere faptul că, sistemul cardului național de asigurări sociale de sănătate este un proiect de utilitate publică, de interes național, precum și faptul că regula pentru acordarea serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate o constituie acordarea de astfel de servicii prin intermediul cardului național, este necesar a se reglementa faptul că prin intermediul documentului propriu-zis se certifică atât calitatea de asigurat/neasigurat, cât și efectuarea serviciului medical de către furnizorul de servicii, astfel că acesta constituie și un instrument de validare a efectuării serviciului medical, iar din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se decontează numai serviciile efectiv acordate și pentru care asiguratul s-a prezentat la furnizorul de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale,

Întrucât toate aceste aspecte vizează interesul public și constituie situații de urgență și extraordinare a căror reglementare nu poate fi amânată, impunând adoptarea de măsuri imediate pe calea ordonanței de urgență,

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta Ordonanță de urgență.

**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 ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. La alineatul (2) al articolului 224, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„g) persoanele fizice cu venituri lunare din pensii mai mici sau egale cu valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv.”

**2. La articolul 225, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) persoanele fizice cu venituri lunare numai din pensii al căror quantum este de până la valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv.”

**3. La alineatul (2) al articolului 230, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru;”

**4. Alineatul (2) al articolului 249 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Evaluarea în vederea acreditării și acreditarea unităților sanitare se face în baza standardelor, procedurilor și metodologiei elaborate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.”

**5. După alineatul (3) al articolului 249 se introduce un nou alineat, alin.(4), cu următorul cuprins:**

„(4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), în anul 2016, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.”

**6. Alineatul (3) al articolului 266 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Persoanele fizice cu venituri lunare din pensii al căror quantum depășește valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv datorează contribuția lunară pentru asigurările sociale de sănătate, calculată potrivit prevederilor Codului fiscal, cu modificările și completările ulterioare.”

**7. Alineatul (2) al articolului 328 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Emiterea cardului european poate fi refuzată de casa de asigurări de sănătate numai în situația în care persoana care îl solicită nu face dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.”

**8. Articolul 330 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 330. - Perioada de valabilitate a cardului european este de 1 an de la data emiterii.”

**9. Alineatul (2) al articolului 337 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite ca instrument în vederea dovedirii prin intermediul Platformei informatice din asigurările de sănătate a calității de asigurat/neasigurat a persoanei, precum și ca instrument în procesul de validare a serviciilor medicale/medicamentelor/dispozitivelor medicale decontate din Fond; realizarea și implementarea acestuia sunt un proiect de utilitate publică de interes național. Pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase

sau de conștiință primirea cardului național pentru dovedirea calității de asigurat, se emite adeverința de asigurat, prevăzută la art. 326 lit. c).”

**PRIM – MINISTRU**



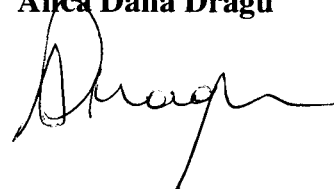
**DACIAN JULIEN CIOLOȘ**

**Contrasemnează:**

Ministrul Sănătății  
**Patriciu-Andrei Achimaș-Cadariu**

Ministrul muncii, familiei, protecției sociale  
și persoanelor vârstnice  
**Claudia-Ana Costea**

Ministrul finanțelor publice  
**Anca Dana Dragu**



București, 10.03.2018  
Nr. 5