

TITLUL X

Asigurările voluntare de sănătate

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 339

În înțelesul prezentului titlu, termenii și notiunile folosite au următoarea semnificație:

a) asigurat - persoana care are un contract de asigurare încheiat cu asiguratorul și fata de care asiguratorul are obligația ca la producerea riscului asigurat sa acorde indemnizația sau suma asigurata conform prevederilor contractului de asigurare voluntara de sănătate;

b) asigurator - persoana juridică sau filiala autorizata în condițiile Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, sa exercite activități de asigurare, sa practice clasele de asigurări de sănătate din categoria asigurărilor de viata și/sau generale și care isi asuma răspunderea de a acoperi cheltuielile cu serviciile medicale prevăzute în contractul de asigurare voluntara de sănătate, precum și sucursala unei societăți de asigurare sau a unei societăți mutuale, dintr-un stat membru al Uniunii Europene sau aparținând Spațiului Economic European, care a primit o autorizație de la autoritatea competenta a statului membru de origine în acest sens;

~~c) coplata pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar - suma reprezentând diferența dintre prețul de referință utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și suma acceptată la plata de casele de asigurări din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru serviciul acoperit parțial din pachetul de servicii medicale de baza;~~

c) coplata pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar - diferența între tariful decontat de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate nationala în politica de prețuri a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale;

Lit. c) a art. 339 a fost modificată de pct. 35 al art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

d) furnizor de servicii medicale - persoana fizica sau juridică autorizata de Ministerul Sănătății Publice sa acorde servicii medicale în condițiile legii;

e) lista a furnizorilor agreeți - totalitatea furnizorilor aflați în relații contractuale cu asiguratorii care practica asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar;

f) pachet de servicii medicale de baza - serviciile și produsele destinate prevenirii, diagnosticării, tratamentului, corectării și recuperării diferitelor afecțiuni, la care asigurații au acces în totalitate, parțial sau cu anumite limitări în volum ori în suma acoperită, în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

g) persoane dependente - persoanele fizice aflate în întreținerea asiguratului și cărora li se furnizează servicii medicale dacă acest lucru este stipulat în contractul de asigurare voluntara de sănătate;

h) preț de referință - prețul utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru plata unor servicii și produse din pachetul de servicii medicale de baza;

i) servicii medicale furnizate sub forma de abonament servicii medicale preplătite pe care furnizorii le oferă în mod direct abonaților și nu prin intermediul asiguratorilor, în afară serviciilor din pachetul de servicii medicale de baza din sistemul de asigurări sociale de sănătate.

ART. 340

(1) Asigurările voluntare de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurator constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expusi la producerea riscului de îmbolnăvire, și îi indemnizează, în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu, din fondul alcătuit din primele încasate, precum și din celelalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate de asigurator și fac parte din gama asigurărilor facultative conform Legii nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Asigurații pot primi indemnizații atât pentru acea parte a cheltuielilor cu serviciile medicale care excedează pachetului de servicii medicale de baza acoperite de sistemul de asigurări sociale de sănătate, cât și pentru coplați, dacă acest lucru este prevăzut în contractul de asigurare voluntara de sănătate.

(3) Nu fac obiectul prezentei legi asigurările pentru boli profesionale și accidente de muncă și serviciile medicale furnizate sub forma de abonament.

ART. 341

(1) Asigurările voluntare de sănătate pot fi, în sensul prezentei legi, asigurări de tip complementar și suplimentar.

(2) Asigurările voluntare de sănătate de tip complementar suporta total sau parțial plata serviciilor neacoperite parțial din pachetul de servicii medicale de baza, coplati.

(3) Asigurările voluntare de sănătate de tip suplimentar suporta total sau parțial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii medicale de baza, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii medicale specificate în polita de asigurare.

ART. 342

Sunt eligibile pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări voluntare de sănătate orice persoane, cetățeni romani, cetățeni străini sau apatrizi care au dreptul la pachetul de servicii medicale de baza în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale.

ART. 343

(1) Angajatorii, persoane fizice sau juridice, pot sa încheie contracte de asigurare voluntara de sănătate pentru angajații lor, individual sau în grup, acordate ca beneficii adiționale la drepturile salariale ale acestora, în scopul atragerii și stabilizării personalului angajat.

(2) În cadrul asigurărilor voluntare de sănătate raporturile dintre asigurat și asigurator, precum și drepturile și obligațiile acestora se stabilesc prin vointa părților, sub forma pachetelor de servicii, și sunt menționate în contractul de asigurare voluntara de sănătate.

ART. 344

Înființarea, autorizarea și funcționarea asigurătorilor care practica asigurări voluntare de sănătate se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației care reglementează activitatea de asigurări.

CAP. II

Contractul de asigurare voluntara de sănătate

ART. 345

Contractul de asigurare voluntara de sănătate trebuie sa cuprindă, pe lângă elementele obligatorii, și următoarele elemente:

- a) lista și volumul de acoperire ale coplatilor pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar, în conformitate cu prețul de referinta stabilit de Casa Nationala de Asigurări de Sănătate;
- b) lista serviciilor din asigurarea voluntara suplimentară;
- c) lista furnizorilor agreeati;
- d) modalitatea de contactare a acestora, direct sau prin intermediul unui departament de asistenta a asiguraților;

- e) drepturile și obligațiile părților, cu evidentierea clara a riscului de imbolnavire individual;
- f) modalitățile de decontare a serviciilor medicale;
- g) modalitățile de încetare a valabilității contractului;
- h) modalitățile de soluționare a eventualelor litigii.

ART. 346

Asiguratorii sunt obligați ca la încheierea contractului de asigurare voluntara de sănătate sa ofere asiguratului toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile rezultând din contract, în vederea protejării intereselor asiguraților.

ART. 347

(1) Asiguratorul poate solicita, la inițierea contractului de asigurare, pe cheltuiala proprie și cu consimțământul pacientului, informații privind starea de sănătate a asiguratului, precum și efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a solicitantului de către un furnizor de servicii medicale desemnat de acesta.

(2) Informațiile cuprinse în contractul de asigurare voluntara, precum și informațiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidențial și nu pot fi divulgate unor terți de către asiguratorii care practica asigurări voluntare de sănătate sau persoanele fizice/juridice care, prin natura relațiilor de serviciu, cum ar fi controlor, auditor și alte asemenea funcții, intra în posesia informațiilor în cauza, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

(3) Prin contract, asiguratorul care practica asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar poate restrictiona pentru acest tip de asigurare accesul asiguratului, parțial sau în totalitate, la anumiți furnizori de servicii și poate conditiona utilizarea unor servicii în caz de imbolnavire de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice sau de utilizarea unor anumiți furnizori agreeți.

(4) Asiguratorii care comercializează asigurări voluntare de sănătate complementare sunt obligați sa achite coplata conform contractului cu asiguratul oricărui furnizor de servicii aflat în relație contractuală cu casele de asigurări și nu pot restrictiona pentru acestea accesul asiguraților.

CAP. III

Relația furnizorilor de servicii medicale cu societățile de asigurări voluntare de sănătate

ART. 348

(1) Toți furnizorii care prestează servicii medicale pentru asigurările voluntare de sănătate trebuie sa fie autorizați de Ministerul Sănătății Publice, în baza reglementărilor în vigoare. Pentru prestarea serviciilor care intra sub

incidenta asigurarilor de sanatate de tip complementar, furnizorii de servicii medicale trebuie sa fie in relatie contractuală cu casele de asigurări.

(2) Furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări au obligația de a accepta coplata de la asiguratorii autorizați de a presta asigurări voluntare de sănătate de tip complementar sau, prin excepție, de la asigurați, în conformitate cu lista coplatilor și valoarea ce poate fi acoperită prin sistemul asigurarilor voluntare de sănătate.

(3) Furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări au dreptul de a încheia contracte și cu asiguratorii autorizați de a presta asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar.

ART. 349

(1) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați sa elibereze documente justificative de decontare (factura, chitanța) pentru serviciile medicale prestate acoperite prin asigurarile voluntare de sănătate.

(2) În cazul în care nu exista un contract încheiat între asigurator și furnizorii de servicii medicale, decontarea cheltuielilor se va face pe baza documentelor justificative emise de furnizorul de servicii medicale.

(3) Unitățile sanitare publice au obligația de a respecta, în relația cu asiguratorii, tarifele maxime privind asigurarile suplimentare de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.

(4) Furnizorii privati pot stabili, prin negociere, alte tarife decât cele menționate la alin. (3).

ART. 350

(1) Comisia de Supraveghere a Asigurarilor supraveghează activitatea asiguratorilor autorizați sa practice asigurări voluntare de sănătate în conformitate cu prevederile legale.

(2) Fiecare asigurator autorizat sa practice asigurarile voluntare de sănătate are obligația, în vederea încheierii contractelor de asigurare de acest tip, sa obțină avizarea de către direcția de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății Publice a listei furnizorilor de servicii medicale agreați, alții decât cei aflați deja în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și sa reactualizeze aceasta lista înaintea contractării unui nou furnizor.

~~—(3) Lista coplatilor și prețul de referință pentru serviciile din pachetul de servicii medicale de baza acoperite parțial se stabilesc anual de Casa Nationala de Asigurări de Sănătate cu avizul Ministerului Sănătății Publice.~~

Alin. (3) al art. 350 a fost abrogat de pct. 36 al art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

ART. 351

(1) În baza contractului încheiat cu furnizorii de servicii, asiguratorii au dreptul de a verifica, prin experți autorizați de Ministerul Sănătății Publice și organizațiile profesionale, direct sau prin interpusi, calitatea serviciilor prestate asiguraților.

(2) Intreaga responsabilitate a actului medical rămâne în seama furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice.

ART. 352

Diferențele survenite între asigurator și furnizorii de servicii medicale se soluționează pe cale amiabilă. În cazul imposibilității rezolvării pe cale amiabilă, litigiile se aduc la cunostința direcției de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății Publice și a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, care vor încerca medierea diferendului. În caz de esec al medierii, diferențele sunt deduse instanțelor judecătorești legal competente.

ART. 353

Plângerile privind calitatea serviciilor medicale formulate direct de către asigurați sau prin intermediul asiguratorilor autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate se adresează Ministerului Sănătății Publice și sunt notificate Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

CAP. IV

Dispoziții finale și sancțiuni

ART. 354

Asiguratorii care în prezent practica asigurări de sănătate facultative sunt obligați să se conformeze prevederilor art. 350 alin. (2) în termen de 90 de zile de la data publicării prezentei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ART. 355

(1) Divulgarea cu intenție a informațiilor privind starea de sănătate a asiguraților de către un salariat al asiguratorului, fără consimțământul asiguratului, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

(2) Dacă fapta prevăzută la alin. (1) a fost săvârșită din culpa, pedeapsa este închisoarea de la o luna la un an sau amenda de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

ART. 356

(1) Încălcarea prevederilor art. 350 alin. (2) și ale art. 354 de către asiguratorii autorizați să practice asigurări voluntare de sănătate constituie

contravenție și se sancționează cu amenda de la 25.000 lei (RON) la 50.000 lei (RON).

(2) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor contravenționale se fac de către personalul împuternicit al Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor.

ART. 357

Dispozițiile art. 356 se completează cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 358

Ministerul Sănătății Publice și Comisia de Supraveghere a Asigurărilor vor elabora împreună sau separat, după caz, norme metodologice de aplicare a prezentului titlu în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a acestuia.

~~ART. 359~~

~~Lista coplatilor și prețul de referință pentru serviciile din pachetul de servicii medicale de baza acoperite parțial, menționate la alin. (3) al art. 350, se stabilesc anual de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății Publice, și vor fi aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului titlu.~~

ART. 359

Lista coplatilor și prețul de referință pentru serviciile din pachetul de servicii medicale de baza acoperite parțial se stabilesc prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 359 a fost modificat de pct. 37 al art. I din ORDONANTA DE URGENTA nr. 72 din 20 septembrie 2006 publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 803 din 25 septembrie 2006.

ART. 360

La data intrării în vigoare a prezentului titlu se abroga Legea asigurărilor private de sănătate nr. 212/2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 505 din 4 iunie 2004, cu modificările ulterioare.