

NORME METODOLOGICE din 22 februarie 2007

privind asigurările voluntare de sănătate

EMITENT

- MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE
- COMISIA DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 147 din 28 februarie 2007**

Data intrării în vigoare 28-02-2007

Capitolul I Dispoziții generale și definiții

Articolul 1

Asigurările voluntare de sănătate reprezintă un sistem facultativ, suplimentar al asigurărilor sociale de sănătate care este sistemul obligatoriu.

Articolul 2

În cadrul asigurărilor voluntare de sănătate raporturile dintre asigurat și asigurător, precum și drepturile și obligațiile acestora se stabilesc prin voința părților și sunt prevăzute în contractul de asigurare.

Articolul 3

Asigurații pot opta pentru încheierea de contracte de asigurare voluntară de sănătate cu mai mulți asigurători în același timp, cu avizarea tuturor asigurătorilor implicați.

Articolul 4

(1) În înțelesul prezentelor norme metodologice, termenii și definițiile de mai jos au următorul conținut:

a) accident - un eveniment care survine independent de voința asiguratului, datorat unor cauze exterioare și care determină producerea evenimentului asigurat, soldându-se cu rănirea, îmbolnăvirea sau decesul asiguratului;

b) asigurare de grup - asigurarea acordată unui anumit număr de persoane, în care contractantul este angajatorul persoanelor respective sau asociația din care fac parte;

c) asigurat - persoană desemnată de contractant, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare;

d) cerere de plată a daunei - solicitarea de acoperire a unei daune acoperite prin contractul de asigurare;

e) condiție preexistentă - orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a asiguratului prezentă înaintea intrării în asigurare a acestuia;

f) clauze contractuale - prevederi menționate în contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractante;

g) confidențialitatea informațiilor - obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat asiguratului fără permisiunea scrisă a acestuia sau solicitarea instanței judecătorești;

h) contractantul asigurării - persoana fizică sau juridică care încheie direct ori indirect, în numele persoanei asigurate, contractul de asigurare cu asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata primei de asigurare;

i) contribuție proprie - sumă fixă sau procent din cuantumul despăgubirii reprezentând partea din despăgubire care rămâne în sarcina asiguratului și care nu se acoperă de către asigurător;

j) data intrării în vigoare a contractului de asigurare - data de la care este angajată răspunderea asigurătorului;

k) data expirării contractului de asigurare - data încetării răspunderii asigurătorului;

l) drepturile pacientului - totalitatea drepturilor de care beneficiază un asigurat în sistemul de îngrijire a sănătății, conform [Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003](#), cu modificările și completările ulterioare;

m) documente justificative de decontare - documentele pe care le eliberează furnizorul de servicii de îngrijire a sănătății către asigurător;

n) excluderi - circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată;

o) indemnizație - suma plătită de asigurător asiguratului în urma accesării de către acesta a unui serviciu de îngrijire a sănătății prevăzut în contract, în condițiile specificate în contractul de asigurare;

p) limitarea acoperirii - cheltuiala maximă pentru un anumit beneficiu din asigurare care poate fi efectuată pentru întreaga perioadă în care o persoană este acoperită de contractul de asigurare;

q) litigii - neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului de asigurare;

r) perioada de așteptare - intervalul de timp dintre data încheierii contractului de asigurare și data de la care este angajată răspunderea asigurătorului pentru anumite servicii medicale specificate în contract;

s) perioada de grație - o anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care contractantul mai poate efectua această plată și pe parcursul căreia protecția oferită de contractul de asigurare continuă;

t) persoană eligibilă - orice persoană care îndeplinește condițiile de asigurare prevăzute de lege și care dovedește că are dreptul la pachetul de servicii medicale de bază în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale, și care poate încheia un contract de asigurare voluntară de sănătate. Dovada se va face la cererea expresă a asiguratorului, prin declarație pe propria răspundere a contractantului, pentru fiecare contract nou de asigurare în sistemul asigurărilor voluntare de sănătate;

u) poliță de asigurare - document scris, emis de asigurator, care dovedește încheierea contractului de asigurare;

v) primă de asigurare - suma datorată de contractantul asigurării în schimbul asumării riscului de către asigurator conform clauzelor stabilite în contractul de asigurare;

w) portabilitate - posibilitatea transferului clauzelor contractuale către alt asigurator;

x) reînnoire - continuarea valabilității contractului de asigurare pentru o nouă perioadă în aceleași condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere.

y) repunere în termen - reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite de un contract de asigurare întrerupt din cauza neplății primelor de asigurare;

z) rețea de furnizori de servicii medicale - totalitatea furnizorilor de servicii medicale, autorizați de Ministerul Sănătății Publice, aflați în relații contractuale cu asiguratorul;

aa) servicii medicale acoperite - totalitatea serviciilor medicale la care asiguratul este îndreptățit în virtutea contractului de asigurare;

bb) sfârșitul acoperirii - sfârșitul perioadei de acoperire prin asigurare;

cc) solicitant - o persoană care solicită încheierea unui contract de asigurare;

dd) suma asigurată - suma pentru care s-a încheiat asigurarea și în limita căreia plătește asiguratorul;

ee) tarif de bază - valoarea netă a primei de asigurare, care nu cuprinde evaluarea de risc;

ff) tarife maxime - cel mai mare tarif al unui serviciu medical prestat care poate fi decontat, parțial sau integral, pentru o persoană asigurată;

gg) transport sanitar neasistat - transportul pacienților care nu se află în stare critică și care nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului, în condiții stabilite de legislația în vigoare.

(2) Asiguratorul poate include în contractul de asigurare și alți termeni, care vor fi definiți, în condițiile legii.

Articolul 5

Asiguratorii pot investi sau fructifica capitalul social, rezervele de capital și rezervele tehnice în bunuri mobiliare și imobiliare, precum acțiuni, obligațiuni, alte titluri de participație, depozite bancare, clădiri destinate activității proprii sau închirierii.

Articolul 6

Asiguratorul are obligația de a dispune de un dispecerat care să asigure contactul permanent dintre asigurat și asigurator.

Capitolul II

Contractul de asigurare voluntară de sănătate

Articolul 7

(1) Asiguratorii sunt obligați ca la încheierea contractului de asigurare voluntară de sănătate să ofere asiguratului toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile rezultând din contract și să se asigure că aceste informații au fost corect interpretate, în vederea protejării intereselor asiguraților.

(2) Informațiile furnizate de către cei interesați să încheie un contract de asigurări voluntare de sănătate sunt confidențiale. Divulgarea informației asupra stării de sănătate a asiguraților se face numai cu permisiunea expresă a acestora sau în situațiile prevăzute de lege.

Articolul 8

Contractul de asigurare voluntară de sănătate trebuie să cuprindă, pe lângă elementele prevăzute la [art. 345 din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, următoarele elemente:

a) cererea de asigurare, dacă este cazul;

b) anexa cuprinzând rezultatele examenului medical prealabil, dacă este cazul;

c) pachetul de servicii medicale acoperit de asigurarea voluntară de sănătate;

d) excluderile;

e) drepturile și obligațiile părților conform legislației în vigoare;

f) contribuția proprie, după caz;

g) portabilitatea, după caz;

h) datele de identificare ale dispeceratului.

Articolul 9

(1) În pachetul de servicii medicale specificat în contractul de asigurare voluntară de sănătate, serviciile medicale sunt grupate în următoarele categorii:

- a)** servicii de asistență primară;
- b)** servicii ambulatorii de specialitate clinice;
- c)** servicii ambulatorii paraclinice;
- d)** servicii de medicină dentară;
- e)** servicii de urgență prespitalicești;
- f)** servicii de urgență spitalicești;
- g)** servicii spitalicești pentru afecțiuni acute;
- h)** servicii spitalicești pentru afecțiuni cronice: servicii de recuperare, reabilitare, balneologie;
- i)** servicii medicale și de îngrijire la domiciliu;
- j)** servicii de transport nemedicalizat;
- k)** servicii de furnizare a dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică serviciilor medicale care nu sunt cuprinse în pachetul de bază decontat prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(3) În cadrul categoriei dispozitive medicale prevăzute la alin. (1) lit. k) se vor menționa tipul de dispozitive furnizat și/sau suma maximă decontată.

(4) Asigurările voluntare de sănătate de tip suplimentar suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii menționate în lista serviciilor medicale acoperite prin contractul de asigurare voluntară de sănătate.

(5) Asigurătorul poate oferi și alte servicii împreună cu polița de asigurare voluntară de sănătate, în afara celor decontate prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Articolul 10

(1) Asigurătorul este obligat să reînnoiască contractul de asigurare de sănătate până la solicitarea de încetare a acestuia, exprimată de contractant, exceptând situațiile prevăzute în condițiile generale ale contractului de asigurare.

(2) La data reînnoirii contractului de asigurare voluntară de sănătate, asigurătorul poate modifica prima de asigurare pentru toți asigurații aflați în aceeași categorie de risc și nu poate crește valoarea primei de asigurare doar în funcție de indicatori de morbiditate individuală.

Capitolul III

Relația furnizorului de servicii medicale cu asigurătorul de asigurări voluntare de sănătate

Articolul 11

(1) Furnizorii de servicii medicale cu care asigurătorii pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale numai în limita capacității de contractare sunt numai cei autorizați de Ministerul Sănătății Publice în condițiile legii.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale cuprinde cel puțin următoarele elemente:

- a)** numele sau denumirea, domiciliul ori sediul părților contractante;
- b)** serviciile medicale care fac obiectul contractului, numai în limita capacității de contractare;
- c)** standardele de calitate asumate de furnizor pentru serviciile medicale;
- d)** perioada de valabilitate a contractului;
- e)** sistemul de furnizare a serviciilor;
- f)** modalitățile de plată și de decontare a obligațiilor contractuale, inclusiv termenele de decontare;
- g)** penalități în caz de nerespectare a condițiilor contractuale;
- h)** drepturile și obligațiile părților.

Articolul 12

(1) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să elibereze documente justificative de decontare numai pentru serviciile contractate și prestate conform acreditării/autorizării și codificate în conformitate cu Clasificarea bolilor și procedurilor în uz.

(2) Decontarea serviciilor efectuate asiguraților se face conform contractului încheiat între asigurător și furnizor, pe baza documentelor justificative de decontare, contract care conține obligatoriu următoarele elemente:

- a)** numele și prenumele asiguratului;

- b)** adresa asiguratului, menționând obligatoriu țara și localitatea de reședință și voluntar strada, numărul, orașul, statul, codul poștal;
- c)** tipul asigurării de sănătate: complementară sau suplimentară;
- d)** codul numeric personal al asiguratului;
- e)** codul furnizorului de servicii;
- f)** codul bolilor;
- g)** codul procedurii.

(3) Asigurătorul poate solicita și alte date care să fie prevăzute în documentele justificative de decontare și care vor fi prevăzute specific în contractul încheiat cu furnizorul de servicii medicale.

(4) În cadrul asigurărilor voluntare de sănătate, furnizorii de servicii medicale nu pot deconta același serviciu la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și la asigurătorii din sistemul asigurărilor voluntare de sănătate.

(5) Asigurătorul are dreptul să verifice autenticitatea datelor trimise de furnizorii de servicii doar cu scopul evaluării costurilor tratamentelor medicale prestate. În acest caz, asigurătorii vor cere expertiza medicului specialist din rețeaua proprie a asigurătorului. În caz de divergențe între furnizori și asigurători, care nu pot fi mediate de corpul medicilor specialiști proprii ai asigurătorilor, medierea acestora va fi asigurată de specialiști în domeniu din cadrul Colegiului Medicilor din România.

Articolul 13

Asigurătorul are obligația de a asigura condițiile necesare și de a garanta confidențialitatea datelor personale ale asiguratului și a secretului medical, conform reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 14

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

(2) În cazul soluționării unui litigiu având ca obiect calitatea serviciilor medicale, asigurătorul și furnizorul de servicii au obligația de a pune la dispoziția Ministerului Sănătății Publice documentele solicitate, obligativitatea păstrării confidențialității datelor personale ale asiguratului și a secretului medical revenind astfel și Ministerului Sănătății Publice.

(3) Ministerul Sănătății Publice soluționează plângerile privind calitatea serviciilor în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor solicitate, în conformitate cu [alin. \(2\)](#), prin intermediul experților autorizați, selectați în condițiile legii.

Articolul 15

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor supraveghează activitatea asigurătorilor autorizați să practice asigurări private de sănătate în conformitate cu prevederile [Legii nr. 32/2000](#) privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 16

Ministerul Sănătății Publice poate solicita bianual date privind numărul de asigurați care beneficiază de asigurările voluntare de sănătate, precum și fondurile achitate furnizorilor de servicii medicale de către asigurători.

Articolul 17

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor și Ministerul Sănătății Publice vor încheia un protocol privind schimbul de informații între cele două instituții.
