



MINISTERUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR
SECRETAR *****
Intrare Nr. 3C-8/107
20 17 Luna 10 Ziua 20

Nr. 9700;9701;9702;9703;9704;9706;9707;9708;
9709;9710;9711;9713;9714;9715; 9716; 9717;
9718;9720;9722;9723;9724;9726; 9728; 9729;
9738 /18.10.2017

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR
SECRETAR *****
Ieșire Nr. 3C-8/107
20 17 Luna 10 Ziua 20

**Către: Domnul Cristian BUICAN
Secretar al Camerei Deputaților**

Ref. la: Răspunsuri la întrebări formulate de deputați

Stimate domnule secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu stimă,

pentru Viorel ILIE, Ministrul pentru Relația cu Parlamentul, semnează

Ștefania BÎRLIBESCU, Secretar de Stat





ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR DE STAT

Nr. FB 9163/13.10.2017

Stimate domnule deputat,

Nr. 9711 / M.R.P.
Data 18.10.2017

Referitor la întrebarea/interpelarea dvs. privind “angajați care apar ca fiind neasigurați în sistemul de sănătate”, vă comunicăm următoarele:

Potrivit dispozițiilor art. 219 alin. (3) lit b) și e) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, iar obiectivele se realizează pe baza următoarelor principii:

b) solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor;

.....

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

În prezent, pentru a putea face dovada calității de asigurat pe teritoriul României, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății republicată, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu cele ale HG nr. 900/ 2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX „Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/ 2006, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se utilizează:

- a) cardul național de asigurări sociale de sănătate
- b) adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, eliberată la solicitarea asiguratului de către casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență, pentru persoanele asigurate cu vârsta peste 18 ani, care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național;
- c) documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/ 2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele până la vârsta de 18 ani, precum și pentru persoanele asigurate cu vârsta peste 18 ani, pentru care nu a fost emis cardul național, până la data la care asiguratul intră în posesia acestuia, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data emiterii.

Acestea sunt: **documentul rezultat** prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS: <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html> sau **adeverința de asigurat** eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR DE STAT

asiguratul, numai în situația în care, în urma interogării sistemului informatic, persoana nu apare în aplicația respectivă;

d) **adeverința de înlocuire a cardului național** pentru situațiile în care se solicită emiterea cardului duplicat.

Facem precizarea că art. 12 alin. (6) din Ordinul președintelui CNAS nr. 581/2014 privind aprobarea Normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat reglementează în mod expres faptul că, în situația în care persoanele asigurate nu se regăsesc în baza de date electronică a CNAS și nu dețin adeverința de asigurat eliberată de casa de asigurări de sănătate, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază, pe baza documentelor necesare dovedirii calității de asigurat prevăzute la alin. (1) al aceluiași articol.

Așadar, în cazul salariaților, care se află în situația anterior menționată, pachetul de servicii medicale de bază se acordă pe baza adeverinței de salariat eliberată de angajator.

În conformitate cu dispozițiile 265 alin. (2) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, activitatea de colectare a contribuțiilor persoanelor juridice și fizice, care au calitatea de angajator, precum și a contribuțiilor datorate de persoanele fizice obligate să se asigure se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin ANAF și organele fiscale subordonate acestuia, potrivit prevederilor Codului de procedură fiscală aprobat prin Legea nr. 207/2015.

În acest sens, prevederile art. 168 alin. (1) și (3) din Legea nr. 227/2015 privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare, stabilesc că, persoanele fizice juridice, care au calitatea de angajatori sau care sunt asimilate acestora, au obligația de a calcula și de a reține la sursă contribuțiile individuale de asigurări sociale de sănătate, obligația de a calcula contribuțiile individuale de asigurări sociale de sănătate datorate de aceștia, precum și obligația de a le plăti, până la data de 25, inclusiv a lunii următoare celei pentru care se plătesc veniturile, sau până la data de 25 inclusiv a lunii următoare trimestrului pentru care se datorează, după caz, împreună cu contribuția angajatorului ori a persoanelor asimilate angajatorului datorată potrivit legii.

Totodată potrivit articolului 169 alin.(1)lit. a) din actul normativ anterior menționat, persoanele fizice și juridice care au calitatea de angajatori sau sunt asimilate acestora, sunt obligate să depună lunar, până la data de 25 inclusiv a lunii următoare celei pentru care se plătesc veniturile, Declarația privind obligațiile de plată a



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR DE STAT

contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate (D112).

Menționăm faptul că, în baza de date electronica a CNAS, respectiv în Registrul unic de evidență al asiguraților, datele privind persoanele asigurate se introduc pe baza informațiilor transmise de către ANAF, colectate fie prin declarația unică (D112), fie pe baza declarațiilor depuse în sistemul fiscal de către persoanele fizice cu activități independente.

Având în vedere faptul că, declarațiile de plată, în cazul salariaților se efectuează de către angajatori până la data de 25 inclusiv a lunii următoare celei pentru care se plătesc veniturile sau, până la data de 25 inclusiv a lunii următoare trimestrului pentru care se datorează contribuția, pentru situațiile în care salariații nou angajați, care nu au fost raportați prin declarația unică, calitatea de asigurat se atestă potrivit art.12 alin.(6) din Normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, prin adevărul de salariat eliberată de angajator.

În contextul prevederilor legislative enunțate **au fost identificate situații în care:**

- a) angajatorii nu transmit corect informațiile cuprinse în declarația unică D112, cu privire la obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate (salariați și persoane aflate în întreținerea acestora) așa cum se prevede în Codul fiscal, eroare care poate fi remediată prin transmiterea unei Declarații rectificative din partea angajatorului;
- b) alteori asiguratul omite să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la statutul lor (de ex. Modificarea calității din salariat în șomer sau pensionar, din angajat în angajator etc.) situație care poate fi remediată la nivelul caselor teritoriale prin prezentarea documentelor justificative, personal sau prin reprezentant legal;

În ceea ce privește acordarea calității de asigurat, din prima zi a plății contribuției, Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare, la art. 222 (2) menționează "Asigurații au dreptul la pachetul de bază de la data începerii plății contribuției la fond, urmând ca sumele restante să fie recuperate de Agenția Națională de Administrare Fiscală, în condițiile legii, inclusiv obligații fiscale accesorii datorate pentru creanțele fiscale".

Așadar, având în vedere termenele descrise mai sus până la care se fac declarațiile în sistemul fiscal, pentru cazurile în care Agenția Națională de Administrare Fiscală nu a transmis datele către CNAS, iar asigurații nu se regăsesc



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR DE STAT

În baza de date electronică a CNAS, pentru a beneficia de pachetul de servicii medicale de bază, persoanele în cauză atestă calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, pe baza documentelor necesare dovedirii calității de asigurat prevăzute la art. 12 alin(1) din Normele metodologice aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr.581/2014.

Cu deosebită considerație,


SECRETAR DE STAT
DAN DUMITRESCU

Domnului deputat Ioan Bălan
CAMERA DEPUTAȚILOR