



Parlamentul României Camera Deputaților

Comisia pentru Sănătate și Familie

Nr. 28/472 / 19 noiembrie 2003

PROCES VERBAL *al ședințelor comisiei din zilele de 18 și 19.11.2003*

La lucrările comisiei , în ziua de 18.11.2003 sunt prezenți 15 deputați, iar în ziua de 19.11.2003 sunt prezenți 14 deputați, fiind absent motivat 1 deputat.

La lucrările comisiei participă ca invitați doamna Eugenia Erhan, director general, Direcția generală buget, Ministerul Sănătății , doamna Liliana Mihai, director adjunct, Direcția juridică, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și domnul dr.Marius Corlescu, Direcția de asistență medicală, Ministerul Sănătății.

Lucrările comisiei sunt conduse de *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* , care supune la vot ordinea de zi.

Comisia a adoptat, în unanimitate, următoarea ordine de zi:

1. Dezbateră pe articole asupra proiectului Legii asigurărilor private de sănătate (PL nr.392/2003) și propunerii legislative privind asigurările private de sănătate(PL nr.372/2003)

2. Dezbateri generale asupra propunerii legislative privind exercitarea profesiei de kinetoterapeut, înființarea, organizarea și funcționarea Ordinului Kinetoterapeuților din România (PL nr.587/2003).

În deschiderea lucrărilor, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* arată că, în conformitate cu procedura legislativă, comisia are obligația

de a dezbate împreună cele 2 inițiative legislative care au același obiect de reglementare .

Domnia sa apreciază că la baza elaborării celor 2 inițiative legislative a stat atât nevoia unei noi surse de finanțare pentru sănătate., cât și cerințele sociale privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei arată că prin proiectul de lege este reglementată posibilitatea instituirii unei alternative în privința posibilităților de asigurare a sănătății, prin asigurări de sănătate voluntare, facultative, care să ofere beneficii suplimentare în schimbul plății primelor de asigurare. Prin acest sistem se estimează că vor fi influențate practicile actuale de gestionare a fondurilor destinate sănătății de către spitale și casele de asigurări cu principii și valori ale sistemului privat contribuind la buna utilizare a sumelor destinate asigurării sănătății.

Deoarece, înainte de a proceda la dezbaterile pe articole, comisia a hotărât cî mai sunt necesare audieri, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* acordă cuvîntul invitaților pentru a-și exprima punctele de vedere asupra celor două inițiative legislative.

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței intervine și apreciază la fel ca și antevorbitorul său, că cele 2 inițiative legislative trebuie dezbătute împreună. De asemenea, propune ca după ce reprezentanții Ministerului Sănătății își expun punctul de vedere asupra proiectului de lege și a propunerii legislative, comisia să treacă la dezbaterile pe articole. În opinia domniei sale, Legea pentru asigurări private de sănătate trebuie regândită în așa fel încât să fie aplicabilă și funcțională.

Așa după cum arată *dl.dep.dr.Ludovic Abiței* ,în ședința anterioară, reprezentanții societăților de asigurare și reasigurare au precizat că Norma nr.3 din Legea nr.32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor conține prevederi privind asigurările private de sănătate. În baza acestei norme, unele societăți de asigurare și reasigurare emit polițe de asigurare privată de sănătate pentru străini, acoperind urgențele medicale. Marea majoritate a societăților de asigurări și reasigurări sunt interesate de acest tip de

asigurări numai în măsura în care se acordă facilități fiscale. Pe de altă parte, populația nu agreează acest sistem de asigurări apreciind că, prin contribuția la asigurările sociale de sănătate se pot acoperi serviciile medicale.

Doamna Eugenia Erhan arată că proiectul de lege în discuție este necesar deoarece va legaliza asigurările private de sănătate care se practică în prezent de unele societăți de asigurare și reasigurare. De exemplu există unități sanitare private, în special cabinete medicale, care încheie contracte cu persoane fizice pentru acordarea de servicii medicale pe bază de abonament. În acest sens, Ministerul Sănătății nu deține informații privind activitatea acestor cabinete ; nu se cunoaște cantitatea și calitatea serviciilor medicale acordate de aceste cabinete . În țările din Europa asigurările private de sănătate care au o pondere mică sunt bine reglementate; ele se referă în special la facilități pe domeniul de confort sau la anumite servicii bine precizate, de exemplu coplata pentru medicamente, anumite servicii medicale pentru gravide și bolnavi cronici. Pentru bolnavii acuti nu există asigurări private de sănătate, deoarece cheltuielile sunt foarte mari și imposibil de susținut financiar.

În continuare, domnia sa arată că proiectul de lege a fost elaborat după o amplă documentare a sistemului de asigurări private de sănătate din Germania, Cehia, Bulgaria , unde asigurările sociale de sănătate sunt în strânsă legătură cu cele private. În aceste țări ca și în alte țări din Europa funcționează 3 tipuri de asigurări private de sănătate: complementar, suplimentar și substitutiv.

Dacă primele 2 tipuri vin în completarea asigurărilor sociale de sănătate, tipul substitutiv suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii, inclusiv pentru pachetul de servicii de bază : de exemplu, dacă un asigurat al asigurărilor sociale de sănătate dorește , ca în cazul unui transport medical, să fie deservit de o anume stație de ambulanță , el trebuie să plătească. Comparativ cu SUA unde funcționează asigurări private de sănătate total independente, în Europa asigurările private de sănătate sunt strâns legate de asigurările sociale de sănătate; ele sunt complementare.

Toate aceste aspecte au fost preluate în proiectul de lege, care are la bază funcționarea triunghiului format din asigurator – furnizor de servicii – pacient.

Proiectul de lege care a fost înaintat Parlamentului este rezultatul a numeroase discuții dintre Ministerul Sănătății și ministerele care au acordat avizele și care au înțeles că în lipsa unui model verificat și de succes, fiecare țară este nevoită să-și creeze propriul model. Proiectul de lege este o formă acceptabilă pentru momentul actual; acesta prevede și deduceri fiscale, care de altfel sunt prinse și în noul Cod fiscal. Proiectul de lege este mai complet decât propunerea legislativă, având un cadru mai larg și principii de flexibilitate pentru îmbunătățirea textului în cazul în care este necesar .

Având în vedere că în lege se regăsesc principii fundamentale privind asigurările private de sănătate, Ministerul Sănătății a prevăzut și elaborarea normelor de aplicare detaliate care să cuprindă primele de asigurare, serviciile medicale acordate, termenele de valabilitate ale contractelor încheiate între asigurator și asigurat.

Scopul promovării legii este de obținere a fondurilor suplimentare pentru sănătate și de îmbunătățire a managementului sanitar.

Dl.dep.Petre Naidin arată că în reforma sistemului de sănătate din România este imperios necesară perfecționarea sistemului de finanțare a serviciilor medicale și, în consecință, proiectul de lege trebuie promovat . Domnia sa apreciază că coexistența colectării unor fonduri de asigurări atât publice cât și private, așa cum prevede proiectul de lege, pare a fi cea mai bună soluție . Legea trebuie regândită pentru a prevede clar ce procent din asigurările sociale de sănătate va fi acoperit de asigurările private de sănătate. De asemenea, trebuie stabilit pachetul de bază pentru ca asiguratorii privați să cunoască cu exactitate ce servicii medicale peste pachetul de bază se pot acorda asiguraților privați.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei arată că, în Anglia, funcționează un sistem de asigurări sociale de sănătate atât pentru tratament cât

și pentru prevenție. În SUA, serviciile medicale sunt în principal finanțate prin asigurări private de sănătate.

În Germania, sistemul care are la bază principiul solidarității a devenit vulnerabil, ceea ce a determinat căutarea de soluții de îmbunătățire a sistemului de asigurări de sănătate (un exemplu este introducerea DRG/bolnavi acuți).

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței arată că, în România, DRG este greu de aplicat datorită îmbătrânirii populației și a creșterii numărului de bolnavi cronici.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate este definit de pachetul bazal de servicii medicale, pachet care , în opinia reprezentanților societăților de asigurări și reasigurări, nu este stabil. Ori, în condițiile în care acesta este restrictiv și suferă modificări anuale în funcție de bugetul alocat, legea nu va funcționa. Pe de altă parte, întrucât beneficiarii principali ai serviciilor medicale sunt copiii și pensionarii și nu individul sănătos, societățile de asigurare și reasigurare nu sunt prea interesate de asigurările private de sănătate pentru că nu este profitabil . În consecință, finalizarea legii este foarte grea și de durată, deoarece aceasta trebuie să prevadă punctual care sunt serviciile medicale și cine va beneficia de pe urma acestor asigurări.

Doamna Eugenia Erhan arată că proiectul de lege prevede ce înseamnă asigurări private de sănătate și care sunt beneficiarii acestora. Acestea sunt precizate Acestea sunt precizate în primele articole ale legii.

Dl.dep.Petre Naidin apreciază că Legea asigurărilor private de sănătate va funcționa numai în situația în care se stabilește o relație contractuală serioasă și stabilă între pacient și asigurator și numai dacă se va dezvolta o clasă mijlocie în România. Domnia sa își exprimă îndoiala că aceste 2 aspecte se pot realiza în timp util. În prezent, populația este prea săracă pentru a putea încheia acest tip de asigurări.

Doamna Eugenia Erhan apreciază că această lege va avea impact la populație. Prin similitudine menționează cum a fost implementat sistemul medicamentelor compensate; în primul an populația cumpăra foarte puține medicamente compensate, fiind retinentă la acest sistem de compensare care a

fost agreat de populație abia în al doilea an. În opinia domniei sale, Legea privind asigurările private de sănătate va avea succes peste 2 – 4 ani de la aplicare, cu condiția ca populația să fie informată permanent despre avantajele acestui tip de asigurări.

Doamna Liliana Mihai apreciază că unul din argumentele care a stat la baza elaborării proiectului de lege a fost de a crea cadru legal pentru angajatorii care doresc să acorde beneficii pentru angajați sub forma asigurărilor private de sănătate.

Doamna dep. Iulia Pataki apreciază că proiectul de lege vine să legalizeze o situație care există: de exemplu, asigurări private de sănătate în cadrul asigurărilor pe viață. Referitor la deductibilități, domnia sa subliniază că acestea vor fi posibile odată cu promulgarea noului Cod fiscal.

Domnul Marius Corlescu arată că atât în România cât și în Europa nevoia de servicii medicale este foarte greu de realizat deoarece, în prezent, consumul de servicii medicale este excesiv.

Prin promovarea Legii privind asigurările private de sănătate se va putea reglementa acest lucru printr-un control al modului de acordare a asistenței medicale private. Concret, asiguratorii privați vor face un control mai selectiv al serviciilor medicale, corespunzător pieții, în comparație cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate care finanțează toți furnizorii de servicii medicale, indiferent de calitatea actului medical.

Dl. dep. dr. Ludovic Abiței este de acord cu antevorbitorul său arătând că, prin controlul efectuat de asigurator se va ajunge la disciplinarea sectorului sanitar. Astfel, medicul va deveni mai responsabil în eliberarea rețetelor sau a semnării unui ordin de plată. De asemenea, medicul prin cointeresarea materială stabilită pentru manopera medicală va accepta mai ușor sistemul de asigurări private de sănătate.

Doamna Eugenia Erhan arată că Legea asigurărilor private de sănătate trebuie privită ca o alternativă la Legea asigurărilor sociale de sănătate. Pentru ca Legea asigurărilor private de sănătate să poată funcționa, Ministerul Sănătății

și-a propus să monitorizeze instituțiile sanitare de stat și private în scopul menținerii un echilibru între ele. Pentru acesta se vor forma planificatorii de servicii medicale cu atribuții în supravegherea și căutarea de soluții privind menținerea echilibrului între rețeaua sanitară privat și cea de stat . De asemenea se vor forma Conturile naționale de sănătate care vor funcționa ca niște sisteme informaționale privind fondurile care se folosesc în sănătate . Atribuția personalului din acest organism constă în a controla de unde vin aceste fonduri și cum se cheltuiesc ele.

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței este de acord cu afirmația privind lipsa controlului efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate privind modul cum se cheltuiesc banii contribuabililor. Domnia sa arată că, în prezent, nu există o grilă de investigații medicale, acestea rămânând la latitudinea medicului. Acesta efectuează investigația pe care o consideră necesară, însă asiguratorul poate refuza să o plătească, de exemplu: efectuarea unui RMN considerat absolut necesar de către medic poate să nu fie plătit de asigurator, care apreciază că bolnavul putea fi diagnosticat prin o metodă mai puțin costisitoare. Pentru eliminarea acestor neajunsuri ar fi necesar ca și în România să se introducă ghidurile terapeutice care sunt funcționale în aproape toate țările dezvoltate.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei apreciază că Legea privind asigurările private de sănătate trebuie coroborată cu Legea spitalelor și Legea asigurărilor sociale de sănătate, tocmai pentru a stabili relația dintre furnizorii de servicii medicale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate , asigurați și asiguratorii privați.

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței propune să se treacă la dezbateră pe articole. Astfel, arată că art.1 este corect formulat întrucât precizează principiul în baza căruia asigurările private de sănătate sunt suplimentare celor de asigurări de sănătate obligatorii. Domnia sa propune menținerea textului art.1 din proiectul de lege.

Dl.dep.Petre Naidin arată că suplimentarea serviciilor medicale peste pachetul de servicii de bază se referă, așa cum reiese din art.2, la serviciile medicale acoperite în temeiul unei asigurări private de sănătate, stabilite în contractul de asigurare privată de sănătate. Această definiție este necesară și propune menținerea art.2 din proiectul de lege.

Doamna dep.Iulia Pataki consideră că art.3 care definește tipurile de asigurări de sănătate (complementar, suplimentar și substitutiv) este bun, definițiile fiind corecte și complete.

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței apreciază că este necesară o documentare mai aprofundată asupra tipurilor de asigurări private de sănătate din Europa și propune suspendarea dezbaterilor asupra articolelor pentru următoarea ședință a comisiei .

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei supune la vot propunerea dl.dep.dr.Ludovic Abiței . Comisia este de acord cu amânarea dezbaterii pe articole a celor două inițiative legislative.

În urma audierilor și dezbaterilor, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* concluzionează că:

- asigurările private de sănătate reprezintă o alternativă la actualul sistem de asigurări sociale de sănătate;
- asigurările private de sănătate sunt prevăzute în Norma nr.3 la Legea nr.32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor; o soluție ar fi ca Legea nr.32/2000 să fie completată cu un capitol privind asigurările private de sănătate;
- în prezent, în România, se vând foarte puține polițe de asigurare privată de sănătate, datorită cotei ridicate a contribuției la asigurările sociale de sănătate populația nefiind interesată. Unele societăți de asigurare și reasigurare emit polițe de asigurare privată de sănătate dar numai pentru asistența medicală de urgență , acordată străinilor;
- societățile de asigurare și reasigurare solicită includerea în activitate a acestui tip de asigurare numai în condițiile în care vor beneficia de

facilități fiscale; în funcție de condițiile sociale, de aceleași facilități fiscale ar trebui să beneficieze și asigurații;

- societățile de asigurare private nu sunt interesate numai de asigurări private de sănătate, ca obiect unic de activitate, întrucât nu ar fi profitabil ; de asemenea, acestea nu sunt interesate să emită polițe de asigurare cu rambursări de servicii medicale, deoarece, în prezent, pachetul de bază de servicii medicale nu este stabilit cu claritate; pentru eficiența activității societăților de asigurare se dorește intrarea într-o relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate ;

- este necesar ca Legea asigurărilor private de sănătate să fie coroborată cu Legea asigurărilor sociale de sănătate, Legea spitalelor și Legea nr.32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor; de asemenea, în cadrul asigurărilor pentru profilaxie, legea trebuie să cuprindă prevederi privind obligațiile pacientului de a respecta un anumit plan terapeutic, pentru a nu deveni un consumator de bani, evitându-se astfel cheltuielile medicale suplimentare;

- în lege, este necesar să se prevadă , cu claritate, cât la sută reprezintă deductibilitatea și cât la sută din serviciile medicale este acoperit de societățile de asigurare și reasigurare;

- prima de asigurare trebuie stabilită la un procent de cel puțin 3 % din venitul anual global impozabil pentru a acoperi toate cheltuielile ; în prezent nu există o grilă pentru investigații;

- legea nu trebuie să limiteze dreptul angajatorilor care au datorii la stat, de a încheia contracte de asigurări private de sănătate pentru angajații lor, deoarece aceștia nu pot fi făcuți responsabili de greșelile angajatorilor.

La punctul al doilea al ordinii de zi , comisia a trecut la examinarea, în fond, a propunerii legislative privind exercitarea profesiei de kinetoterapeut, înființarea , organizarea și funcționarea Ordinului Kinetoterapeuților din România.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei arată că, în ultimii ani, în România, au avut loc schimbări majore în foarte multe domenii de activitate socială și economică. Acest lucru se observă cu pregnanță și în domeniul sanitar în care au apărut profesii noi și alte modalități de formare și educație continuă. Printre acestea se numără și kinetoterapeuții care se pregătesc într-o instituție de învățământ superior cu profil medical și sunt incluși în nomenclatorul Clasificarea Ocupațiilor din România. În consecință, apare necesitatea ca această categorie profesională, implicată în actul medical prin proceduri specifice de tratament curativ și reabilitare, să fie reglementată.

Prezenta propunere legislativă are ca obiect de reglementare exercitarea profesiei de kinetoterapeut și autorizarea de liberă practică, precum și modul de înființare, organizare și funcționare a Ordinului Kinetoterapeuților din România ca organizație profesională și autoritate neguvernamentală în domeniu. În propunerea legislativă sunt prevăzute drepturile și obligațiile kinetoterapeutului ce decurg din calitatea de membru al Ordinului Kinetoterapeuților din România . Astfel, pentru a fi bine pregătiți și informați, kinetoterapeuții au nevoie de un acces continuu și obligatoriu la literatura de specialitate, manifestări științifice, alte forme de perfecționare profesională. Alături de medici și asistenți medicali, kinetoterapeuții din sectorul sanitar din România contribuie la calitatea actului medical prin efectuarea cu promptitudine și profesionalism a manoperelor medicale prin care pacienții își recapătă abilitățile motorii.

În finalul prezentării *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* arată că această propunere legislativă este corelată cu legislația existentă în materie și se înscrie pe linia delimitării standardelor ocupaționale ale diferitelor profesii, în conformitate cu reglementări similare existente în țările Uniunii Europene.

În continuare, comisia a procedat la dezbaterile pe articole a propunerii legislative.

Asupra articolelor 1 – 6 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot, acestea au fost adoptate în forma inițială.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei propune ca la art.6 lit.b) sintagma “disciplină” să fie înlocuită cu sintagma “disciplinară” întrucât din punct de vedere juridic există hotărâri judecătorești și disciplinare.

Supus la vot, amendamentul este adoptat în unanimitate.

Asupra art.7 – 8 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot, acestea au fost adoptate în forma inițială.

Doamna dep.Iulia Pataki propune ca la art.9 sintagma “cu trei ani” să se înlocuiască cu sintagma “o perioadă de 3 ani”. Expresia “cu trei ani” creează incertitudini, ea referindu-se în fapt la perioada maximală în care kinetoterapeuții pot funcționa după pensionare.

Supus la vot, amendamentul a fost adoptat în unanimitate .

Asupra art.10 – 12 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot, acestea au fost votate în unanimitate.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei propune ca la art.13, care prevede atribuțiile Ordinul Kinetoterapeuților din România, lit.m) și n) să devină alin.(2) al articolului întrucât textele nu reflectă atribuțiile, acestea precizează că în cadrul Ordinului funcționează comisii de specialitate.

Supus la vot, amendamentul este adoptat în unanimitate.

Asupra art.14 – 22 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot, acestea au fost votate în unanimitate.

Dl.dep.dr.Ludovic Abiței propune ca la art.23 , alin.(1) să se elimine întrucât prevederile acestuia sunt cuprinse în art.22 alin.(2).

Supus la vot amendamentul este votat în unanimitate.

Asupra art.24 – 30 nu au fost formulate amendamente. Supuse la vot, articolele au fost adoptate în unanimitate.

Doamna dep.Iulia Pataki propune ca la art.31 lit.e) să se elimine sintagma “ca instanță superioară” pentru a da posibilitatea kinetoterapeuților de a se

adresa și altor organisme, în afa Ordinului, pentru soluționarea contestațiilor privind sancționarea acestora.

Amendamentul este votat în unanimitate.

De asemenea, propune ca la art.35 alin.(1) particola “un” să se înlocuiască cu “în” deoarece s-a strecurat o eroare în sensul că particola “un” este în realitate “în”.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei propune ca pentru un plus de rogiare normativă , reformularea art.35 alin.(2) astfel:

“Perioada în care o persoană se află în situația prevăzută la alin.(1) se consideră vechime în muncă.”

Supuse la vot amendamentele au fost adoptate în unanimitate.

Asupra art.32 , 33, 34, 35 și 36 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot au fost adoptate în unanimitate.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei , având în vedere că la art.37 alin.(3) se face referire la lit.d) și e) ale alin.(1), propune ca alin.(2) să cuprindă numai sancțiunile aplicate de Ordinul Kinetoterapeuților din România prevăzute la lit.a) – c) și nu lit.a) – e).

La art.38 alin.(2) propune ca expresia “în raza căreia” să se înlocuiască cu expresia “în a cărei rază teritorială” își desfășoară activitatea kinetoterapeutul sancționat, deoarece acesta este formula uzitată.

Supuse la vot, cele 2 amendamente au fost adoptate în unanimitate.

Doamna dep.Iulia Pataki propune ca la art.39 să se elimine sintagma “răspundere materială”, întrucât nu mai figurează în noul Cod al Muncii.

La art.40 *doamna dep.Iulia Pataki* propune ca sintagma “examinarea deciziei” să se înlocuiască cu sintagma “reexaminarea deciziei” , deoarece textul face referire la reanalizarea deciziei de suspendare a autorizației de liberă practică.

Ambele amendamente au fost adoptate în unanimitate.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei , având în vedere că textul nu este clar, propune ca art.41 să se reformuleze astfel:

“Practicarea profesiei de kinetoterapeut de către o persoană care nu are autorizație constituie infracțiune și se pedepsește conform art.281 din Codul Penal.”

Dl.dep.farm.Ion Burnei propune, în conformitate cu normele de tehnică legislativă, ca titlul Capitolului III “Dispoziții și tranziții finale” să se înlocuiască cu “Dispoziții tranzitorii și finale”.

Dl.dep.Petre Naidin propune ca la art.42 sintagma “ de la publicarea acestuia în Monitorul Oficial al României “ să se înlocuiască cu sintagma “ de la intrarea în vigoare a legii” deoarece art.47 prevede că legea intră în vigoare la 30 de zile de la publicarea acesteia în Monitorul Oficial al României .

Supuse la vot, amendamentele au fost adoptate în unanimitate.

Asupra art.43 – 45 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot au fost adoptate în forma inițială.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei propune ca art.46 să se elimine , întrucât în art.42 se precizează că anexa face parte integrantă din actul normativ.

Amendamentul este adoptat în unanimitate.

Asupra art.47 și 48 nu s-au făcut intervenții. Supuse la vot, acestea au fost adoptate în forma inițială.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei supune la vot propunerea legislativă.

Comisia a adoptat în unanimitate propunerea legislativă privind exercitarea profesiei de kinetoterapeut, înființarea, organizarea și funcționarea Ordinului Kinetoterapeuților din România, cu amendamentele care vor face obiectul raportului.

PREȘEDINTE,

ACAD.PROF.UNIV.DR.MIRCEA IFRIM