



CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU COMBATerea DISCRIMINĂRII
Autoritate de stat autonomă

Operator de date cu caracter personal nr. 11375

HOTĂRÂREA nr. 263
Din 30.03.2016

Nr. dosar: 486/2015

Nr. petiție: 5428/17.08.2015

Petent:

Reclamați: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași

Obiect: Discriminarea instituită de prevederi ale Ordinului nr. 98/27.02.2015

I. Numele, domiciliul sau reședința părților

1.1. Numele, domiciliul sau reședința petentului

1.1.1.

1.2. Numele, domiciliul sau reședința reclamanților

1.2.1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu sediul în București, Calea Călărașilor, nr. 248, bl. S19, Sector 3, București, reprezentată prin Președinte

1.2.2. Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași, cu sediul în Iași, str. Gheorghe Asachi, nr. 18, Județul Iași, reprezentată prin Președinte

II. Obiectul sesizării și descrierea presupusei fapte de discriminare

2.1. Petentul sesizează cu privire la tratamentul discriminatoriu instituit prin ordinul nr. 98/27.02.2015 pentru aprobarea procedurii de eliberare, modalității de suportare a cheltuielilor aferente producerii și distribuției cardului duplicat către asigurat precum și a modalității de acordare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale până la eliberare sau în cazul refuzului cardului național de asigurări sociale de sănătate.

2.2. Petentul se consideră discriminat prin ordinul mai sus menționat, fiind nevoit să se prezinte din 3 în trei luni pentru ridicarea adevărîței, lucru aproape imposibil, fiind angajat cu normă întreagă, în altă localitate. Distribuirea adevărîțelor ar trebui să se facă în același mod ca și distribuirea cardurilor, prin poștă, fiind transmise înaintea expirării lor.

2.3. Petentul prezintă un caz concret întrucât nu a putut beneficia de asistență medicală deoarece nu i-a fost eliberată adevărîța solicitată.

III. Procedura de citare

3.1. În temeiul art. 20, alin. 4 din O.G. nr.137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările și completările ulterioare, republicată, s-a îndeplinit procedura de citare.

3.2. Astfel, prin adresa nr. 5428/08.09.2015 a fost citată petentul, iar prin adresele nr. 5739/08.09.2016 a fost citate părțile reclamate pentru termenul de 29.09.2016.

3.3. La termenul acordat s-a prezentat prima parte reclamată, prin consilier juridic.

3.4. Punctele de vedere formulate de către părțile reclamate au fost comunicate petentului prin adresele nr. 6417/05.10.2015, respectiv 7032/02.11.2015.

3.5. Procedura legal îndeplinită.

IV. Susținerile părților

4. Susținerile petentului

4.1.1. Petentul se consideră discriminat prin ordinul nr. 98/27.02.2015, fiind nevoit să se prezinte din 3 în trei luni pentru ridicarea adevărîței, lucru aproape imposibil, fiind angajat cu normă întreagă, în altă localitate. Distribuirea adevărîțelor ar trebui să se facă în același mod ca și distribuirea cardurilor, prin poștă, fiind transmise înaintea expirării lor.

- Solicită obligarea CNAS la comunicarea prin poștă a adevărîțelor de asigurat cu valabilitate de 3 luni (asemenea cardurilor);

- Obligarea completării ordinului 98/2015 și a altor acte normative în sensul instituirii unor garanții administrative cu efect antidiscriminatoriu pentru ca asigurații minoritari să nu fie împiedicați direct sau indirect să beneficieze de serviciile medicale la care sunt îndreptățiți

- Obligarea CJAS Iași să îi comunice petentului adevărîțele de asigurat care înlocuiesc cardul de sănătate

- Obligarea CJAS Iași să comunice petentului documentația internă rezultată în urma măsurilor de cercetare și analiză, prevăzute de art. 5 al Ordonanței 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor.

4.1.2. **O.U.G. nr. 11/2015 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și H.G. nr. 49/2015 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cârdul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX "Cârdul european și cârdul național de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, s-au adus modificări normelor legale ce privesc implementarea cârdului electronic de sănătate și **s-a prevăzut expres alternativa adevărîței simple de asigurat pentru persoanele care refuză activarea documentelor electronice din motive religioase.****

4.1.3. În anul 2009, în urma unui apel public , a fost depusă o cerere adresată Președintelui României privind convocarea unui referendum la nivel național vizând oportunitatea introducerii obligatorii pentru cetățenii români a documentelor de stare civilă electronice (carte electronică de identitate, pașaport electronic, permis de conducere și card electronic de sănătate). Cererea a fost însoțită de peste un milion de semnături de susținere din partea cetățenilor români de confesiune creștin ortodoxă prin care se solicita, după caz, respingerea introducerii respectivelor documente electronice sau asigurarea unor alternative la acestea, în condiții nediscriminatorii. În consecință, un număr însemnat de persoane, printre care se numără și subsemnatul, au notificat

instituțiile de resort cu privire la dorința de a beneficia de alternative non-electronice în cadrul reformelor sistemului românesc de servicii publice.

4.1.4. Ulterior adoptării celor două acte normative menționate, prin care ortodocșii români puteau beneficia de servicii medicale la prezentarea adeverinței simple de asigurat cu valabilitate de 3 luni, CNAS a emis ORDINUL 98/27-02-2015 *pentru aprobarea procedurii de eliberare, modalității de suportare a cheltuielilor aferente producerii și distribuției cardului duplicat către asigurat, precum și a modalității de acordare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale până la eliberarea sau în cazul refuzului cârdului național de asigurări sociale de sănătate.*

4.1.5. Astfel, conform dispozițiilor art.9 din Ordinului emis și respectiv pus în aplicare de *instituțiile reclamate*, în data de 21 mai 2015 petentul a depus prin scrisoare recomandată adresată CAS Iași: cardul național, cerere pentru eliberarea adeverinței simple de asigurat, adeverința emisă de angajator, copie a cărții de identitate, plic timbrat autoadresat.

4.1.6. Petentul arată că localitatea de domiciliu se află la o distanță de 75 km față de reședința de județ, că este angajat cu normă întreagă, motiv pentru care deplasarea la sediul casei județene pentru a ridica personal adeverința de asigurat la fiecare trei luni reprezintă un efort considerabil, cu atât mai mult cu cât, așa cum reiese și din cele două materiale de presă atașate în scop ilustrativ, cozile formate la sediul CAS Iași sunt de largă notorietate, eliberându-se maxim 100 de adeverințe pe zi, existând în mod rezonabil posibilitatea ca demersurile necesare să presupună mai mult de o zi.

4.1.7. Petentul mai arată **că în data de 30 aprilie 2015, i-a fost eliberat de către medicul familie un bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice servicii pe care nu le-am putut accesa având în vedere că adeverința de sănătate nu i-a fost emisă nici până la data depunerii petiției** și că, în ciuda declarațiilor publice ale reprezentanților instituțiilor reclamate, unitățile sanitare nu prestează servicii medicale în absența cardului sau a adeverinței înlocuitoare dacă din sistemul electronic de evidență rezultă că pe numele asiguratului a fost emis card de sănătate.

4.1.8. În data de 26 iunie 2015, petentul a revenit cu o petiție adresată CJAS Iași reclamând absența unui răspuns la cererea inițială și pentru a-i fi comunicată adeverința de asigurat de sănătate. Totodată, a solicitat să fie informat în temeiul dispozițiilor legii nr. 544/2001 cu privire la procedura de eliberare a acestora și la actele normative care o reglementează.

4.1.9. Petentul arată că Ordinul 98/2015 a fost formulat de către CNAS în mod incomplet și că ocazională discriminarea directă a persoanelor ce și-au manifestat opțiuni administrative prevăzute de legea sănătății, pornind de la convingeri religioase. **Modul de distribuire a adeverințelor simple presupune deplasarea asiguraților (bolnavi) în capitalele de județ, odată la trei luni, pentru a intra în posesia unui document care, în varianta electronică, este remis prin poștă celorlalți asigurați** care nu și-au manifestat rezerve de ordin religios. Conform răspunsului CNAS la petiția nr. RAP 176/20-07-2015 la data emiterii răspunsului, în evidențele informatice figurau aproximativ 36000 de carduri blocate conform art.9 alin.4 din Ordin, cu precizarea că nu pentru toate cârdurile blocate s-au emis formulat cereri de eliberare a adeverințelor de asigurat.

4.1.10. Având în vedere că potrivit dispozițiilor legii nr. 95/2006 privind reforma sănătății actualizată, ambele documente, atât cardul electronic cât și

adeverința simplă, au menirea de a face dovada calității de asigurat, consider că efectele Ordinului 98/2015 sunt discriminatorii prin aceea că așează **asigurații care și-au manifestat opțiunea conform convingerilor religioase într-o poziție inferioară prin restrângerea exercitării dreptului la sănătate și asigurări sociale**, în înțelesul art. 2 al O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare.

4.1.11. De asemenea, deși termenul de valabilitate al adeverinței de asigurat de 3 luni este inferior într-un mod mult disproporționat față de termenul de valabilitate de 5 ani al cârdului de sănătate, consideră că efectele discriminatorii pot fi evitate prin adoptarea unui **procedeu riguros care să presupună intrarea asiguraților în posesia adeverințelor simple înainte de expirarea valabilității acestora**, în aceleași condiții cu asigurații care au acceptat cardul electronic (prin poștă). De asemenea, Ordinul 98/2015 ar trebui să prevadă o procedură identică pentru eliberarea duplicatului adeverințelor de sănătate ca și în cazul cârdului de sănătate. Nu în ultimul rând, instituțiile reclamate trebuie să reglementeze proceduri interne transparente care să ofere garanții administrative de natură să elimine pericolul excluziunii de la servicii de sănătate a persoanelor care și-au exprimat convingeri religioase pentru care legea prevede proceduri administrative separate.

4.1.12. În acest sens, arată că asigurații creștini ortodocși care și-au manifestat opțiunea în favoarea adeverințelor simple reprezintă o categorie defavorizată conform art. 4 al O.G. nr. 137/2000, **fiind obligați la eforturi semnificative pentru a beneficia de serviciile medicale la care sunt îndreptățiți**, categorie ce a fost constant descurajată de opinia publică și de către autoritățile publice să-și manifeste nediscriminatoriu convingerile religioase în privința adoptării anumitor acte normative care privesc guvernarea electronică.

4.1.13. Petentul apreciază că ambele Instituții se fac vinovate de acte de discriminare care au avut efectul concret de a-l lipsi pe petent de posibilitatea de a beneficia de serviciile medicale indicate în Biletul de trimitere seria, ceea ce constituie caz de sancționare contravențională în temeiul art. 10 alin. b din O.G. nr.137/2000. De asemenea, apreciază că lipsa unui răspuns care să prevadă măsurile de îndreptare a situației reclamate prin petiția remisă OAS Iași în data de 20 iunie 2015 precum și neinformarea potrivit legii nr. 544/2001 cu privire la drepturile de care beneficiază în temeiul procedurii de eliberare a adeverințelor simple constituie caz de sancționare contravențională în temeiul art. 10 lit. a din O.G. nr. 137/2000.

4.1.14. Petentul precizează expres că nu solicită sancționarea contravențională a instituțiilor reclamate, ci în temeiul art. 20 alin. (3) din O.G. nr. 137/2000 solicită înlăturarea efectelor discriminatorii și repunerea asiguraților în situații administrative echivalente prin: 1. **obligarea CNAS la comunicarea prin poștă a adeverințelor de asigurat cu valabilitate de 3 luni (ca pentru card)**; obligarea CNAS la organizarea unei evidențe privind data de expirare a adeverințelor și expedierea noilor adeverințe prin poștă înainte de expirarea celor deja emise (ca pentru card); obligarea CNAS la eliberarea adeverințelor de asigurat ulterioare și la remiterea acestora prin poștă fără să fie necesară formularea unei noi cereri sau îndeplinirea altei măsuri/proceduri administrative; obligarea CNAS să completeze Ordinul 98/2015 precum și alte eventuale acte normative în sensul Instituirii unor garanții administrative cu efect

nediscriminatoriu pentru ca asigurații minoritari să nu fie împiedicați direct sau indirect să beneficieze de serviciile medicale la care sunt îndreptățiți; obligarea CJAS lași să-i comunice prin poștă petentului adevărurile de asigurat care înlocuiesc cardul de sănătate; obligarea CJAS să îi comunice documentația internă rezultată în urma „măsurilor de cercetare și analiză” prevăzute de art. 5 al Ordonanței nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor.

4.1.15. *Petentul solicită respingerea excepției de necompetență a CNCD, fiind indicată de către prima parte reclamată, instanța de judecată ca fiind competentă a soluționa petiția.* Petentul precizează că prin petiția depusă reclamă pentru partea **reclamată CNAS emiterea Ordinului nr.98/2015, act administrativ care prin caracterul incomplet al dispozițiilor sale produce efecte discriminatorii.** Astfel asigurații care au refuzat cardul de sănătate din motive religioase se văd nevoiți să se deplaseze la sediile județene ale CJAS pentru a intra în posesia unui document cu caracter justificativ în absența căruia nu pot beneficia de asistență medicală gratuită. Aceste efecte discriminatorii au caracter de continuitate și în prezent și se vor menține câtă vreme respectivul ordin nu este completat în sensul prevederii unei proceduri lipsite de echivoc prin care asigurații cu obiecții religioase față de folosirea cardului de sănătate să poată intra la timp în posesia adevărului de asigurat.

4.1.16. **CNCD este competentă a constata caracterul discriminatoriu al Ordinului 98/2015 în temeiul dispozițiilor art.2 alin.(4) al OUG nr.127/2000. în condițiile în care CNCD constată că prin caracterul discriminatoriu al ordinului operează în fapt un refuz la servicii de sănătate pentru o categorie precizată de persoane, CNCD poate sancționa săvârșirea contravenției prevăzută de art.10 lit. (b) din OUG nr. 137/2000.** Cu privire la competența CNCD de a constata caracterul discriminatoriu al Ordinului nr.98/2015, aceasta este prevăzută de art.18 alin.(l) raportat la art.3 lit.(c) din OUG nr. 127/2000. în consecință, solicită respingerea excepției ca neîntemeiată.

4.1.17. Cu privire la excepția lipsei calității procesuale pasive a CNAS, petentul solicită *respingerea acesteia*. Casele județene de asigurări de sănătate fac aplicarea respectivului act cu privire la relațiile cu asigurații care au refuzat cardul național de sănătate. Prin urmare, petentul reclamă caracterul discriminatoriu al unui act administrativ emis de persoana reclamată CNAS astfel încât solicită respingerea acestei excepții ca fiind lipsită de temei.

4.1.18. Cu privire la lipsa de obiect a petiției raportat la domeniul de aplicare a OG 137/2000, se solicită unirea acesteia cu fondul, nefiind o excepție procedurală propriu-zisă, discuția asupra acestuia făcând trimitere în mod necesar la fondul sesizării, pentru reclamata CNAS, obiectul petiției fiind constatarea caracterului discriminatoriu al efectelor aplicării Ordinului nr. 98/2015.

4.1.19. Petentul arată că plângerea împotriva CNAS se rezumă exclusiv la (1) adoptarea și (2) aplicarea Ordinului nr.98/2015.

4.1.20. *Adoptarea acestuia nu ține seama de scopul egal al adoptării celor două documente justificative (card electronic și adevărură cu valabilitate de 3 luni), anume de a pune la dispoziția asiguraților mijloace de a face dovada calității lor fără dificultate, respectându-se demnitatea și convingerile religioase exprimate.* La momentul adoptării ordinului, deși refuzul cardului de sănătate pentru motive religioase a constituit o temă de largă notorietate publică, CNAS

nu a manifestat interes ca efectul acceptării oricărui dintre cele două documente justificative să fie identic, având în vedere că acestea (documentele) reprezintă condiția obligatorie a beneficierii de servicii de sănătate gratuită. Așadar, dacă legea prevede dreptul la alternativă, cadrul administrativ de punere în aplicare nu trebuie să manifeste o preferință directă sau indirectă în favoarea sau dauna unei anumite opțiuni. Or, față de contextul social și de notorietatea națională a subiectului, petentul apreciază că adoptarea unui cadru administrativ echivoc, lipsa de reacție față de informațiile din mass-media care au acreditat obligația expresă a se deplasa la sediul Casei de Asigurări Județene (de multe ori aflată în altă localitate decât localitatea de reședință) sub sancțiunea indirectă a imposibilității beneficierii de servicii gratuite de sănătate, dovedesc prin ele însele cel puțin intenția indirectă a CNAS de a discrimina, dacă nu chiar intenția directă (intenție indirectă: deși nu le-a urmărit, a acceptat consecințele discriminatorii ale actului emis).

4.1.21. *Aplicarea* respectivului Ordin rămâne în continuare problematică, unele CJAS-uri comunicând adevărurile prin poștă în măsura în care odată cu cererea formulată se depune și plic timbrat autoadresat sau comunică adevărurile poștal fără alte condiții pentru asigurării insistenței, în vreme ce majoritatea CJAS-urilor solicită în continuare deplasarea asiguraților la sediul acestora în vederea intrării în posesia adevărului. Or, așa cum CNAS arată în punctul de vedere comunicat (pag.12), aceasta este responsabilă cu asigurarea "*respectării prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate*" și "*acordării serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare*" iar în această calitate este dator să implementeze măsuri afirmative al căror rezultat concret să înlăture orice dificultate particulară unui mod de a justifica calitatea de asigurat față de opțiunea alternativă, inclusiv cu privire la momentul și modul de a intra în posesia respectivului document justificativ.

4.1.22. Nu în ultimul rând, deși CNAS nu este responsabilă direct, contextul concret obligă la a conștientiza caracterul degradant în care sunt prezentate opiniile grupului de asigurați (și această categorie de asigurați ca atare) care refuză cardul de sănătate din motive religioase și să ia măsuri concrete pentru a asigura opinia publică de caracterul legitim al opțiunilor exprimate și a se preocupa pentru eliminarea oricărui demers administrativ sau birocratic care contribuie la propagarea atitudinilor de hărțuire sau victimizare în întregul disp. art. 2 alin.(5) și (7) din OUG nr.127/2000.

4.1.23. În probațiune, solicită Consiliului să ceară CNAS să îi pună la dispoziție evidențele privind asigurații care au refuzat cardul de sănătate, cu precizarea numărului de asigurați pentru care adevărurile a fost emisă și a numărului de asigurați pentru care aceasta a fost remisă poștal sau care s-au prezentat personal la ghișeele instituțiilor subordonate.

Consiliul poate investiga și din oficiu aceste aspecte, în măsura în care CNAS va refuza să centralizeze aceste informații, întrucât vor face dovada prin ele însele asupra efectelor discriminatorii reclamate mai sus.

4.1.24. Față de acestea, solicită Consiliului să asiste CNAS și instituțiile publice subordonate în vederea eliminării dispozițiilor cu caracter ambiguu sau echivoc din cadrul administrativ ce reglementează intrarea în posesia documentelor justificative pentru calitatea de asigurat al sistemului de asigurări sociale.

4.1.25. În măsura în care consideră că este competentă solicită Consiliului

să constate caracterul discriminatoriu al faptelor descrise în memoriu inițial și în concluziile scrise și să oblige părțile reclamate la măsuri afirmative pentru repunere în situație echivalentă.

Punctul de vedere formulat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate

4.2.1. Prin punctul de vedere formulat, partea reclamată invocă următoarele excepții:

4.2.2. Astfel partea reclamată invocă excepția văditei necompetențe a Consiliului, competența de soluționare a petiției formulate aparținând instanței de judecată. Colegiul Director al CNCD este chemat a se pronunța asupra unei situații de fapt **din care decurge un drept subiectiv** al petentului în raport cu interpretarea și aplicarea unei norme juridice, respectiv Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (*întrucât, petentul a solicitat un bilet de trimitere eliberat de la medicul de familie în data de 30.04.2015, urmează a se raporta la actul normativ în forma în vigoare până la data republicării acestuia în Monitorul Oficial al României, Partea I, Nr. 652 din 28.08.2015*).

4.2.2. Prin urmare, petentul critică legea, și actele normative subsecvente, elaborate în temeiul Legii nr. **95/2006**, precum și inegalitatea pe care aceasta o creează, aspecte care exced atribuțiilor Consiliului. Se mai menționează că hotărârile CNCD au natura juridică a unor recomandări, nefiind izvor de drept.

4.2.3. Reclamatul mai arată faptul că prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, nu creează un tratament diferențiat între persoane aflate în situații similare pentru a le restrânge drepturile ci, din contră *crează un tratament egalitar pentru toate persoanele aflate în aceeași situație*, fără a distinge între categoriile de asigurați și fără a se face vreo diferențiere pe criteriul de religie și convingeri. Noțiunea de discriminare nu se raportează decât la modalitatea de aplicare a unor dispoziții legale, iar nu la examinarea soluțiilor legislative alese de legiuitor.

4.2.4. CNCD nu are însă competența de a constata că o lege în vigoare are caracter discriminatoriu. O asemenea atribuție este conferită de Constituție exclusiv instanței constituționale, potrivit art. 145 din Constituție, respectiv în anumite condiții, și instanțelor judecătorești. În contextul celor de mai sus, se arată că în jurisprudența sa, Curtea Constituțională a respins excepțiile de neconstituționalitate privind Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare. În concluzie solicită admiterea excepției de vădită necompetență a Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării.

4.2.5. Partea reclamată invocă și excepția lipsei calității de reclamat a CNAS, arătând că în cauza dedusă soluționării, CNAS nu poate avea calitate de reclamat raportat la obiectul petiției și în raport de aplicabilitatea dispozițiilor speciale ale Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

4.2.6. Atribuțiile CNAS sunt reglementate expres de Titlul VIII din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare și potrivit art. 1 alin. (1) din Anexa nr. 1 a *H.G. nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare*, coroborat cu art. 266 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, Casa Națională de Asigurări de Sănătate este „instituție publică autonomă (...) care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar, având ca principal

obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România".

4.2.7. Potrivit prevederilor art. 267 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea CNAS. Învederam faptul că existența unui raport juridic de subordonare al caselor de asigurări de sănătate județene față de C.N.A.S. nu presupune și preluarea de către C.N.A.S. a drepturilor și obligațiilor acestora.

4.2.8. În conformitate cu art. 271 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu art. 2 alin. (3) din Statutul CNAS aprobat prin HG nr. 972/2006, casele de asigurări de sănătate:

- asigură funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
- gestionează bugetul fondului aprobat;
- derulează activități pentru valorizarea fondurilor gestionate.

4.2.9. Având în vedere că presupusa faptă de discriminare invocată de petent vizează neacordarea asistenței medicale, ca urmare a neprezentării adevăratei de asigurat de către petent, CNAS nu are calitate procesuală pasivă în prezenta cauză.

4.2.10. CNAS a procedat la reglementarea sistemului de asigurări sociale de sănătate în acord cu prevederile Constituției, iar neacordarea asistenței medicale de către un furnizor sau altul de servicii medicale intră în responsabilitatea directă a furnizorului respectiv.

4.2.11. În concluzie, se precizează că CNAS nu poate avea calitatea de reclamat în prezenta cauză în raport de considerentele prezentate mai sus și în raport de afirmațiile petentului conform cărora, nu a beneficiat de servicii medicale în mod gratuit în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, neavând adevărată de asigurat, afirmații care nu pot fi reținute, întrucât nu au susținere legală având în vedere că legiuitorul a reglementat în mod expres dreptul asiguraților la un pachet de servicii medicale de bază, în conformitate cu art. 208, art. 211, 212 alin. (1) și 217 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu art. 10, 11 și 14 din *Ordinul nr. 581/2014 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat*.

4.2.12. Astfel, în conformitate cu cadrul legal incident în materie, petentului nu îi era necesară adevărată de asigurat în vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale și îngrijirilor la domiciliu. Dovada calității de asigurat se putea face în cazul petentului, pe baza documentului generat și listat în urma verificării online a calității de asigurat document ce rezultă prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, constituit în baza Registrului unic de evidență al asiguraților (<http://cnas.ro.casmb/page/verificare-asigurat.html>). Față de considerentele mai sus invocate, solicită admiterea excepției calității de reclamat a CNAS, astfel cum a fost formulată și să se constate că nu are calitate de reclamat în prezenta cauză.

4.2.13. Se mai invocă *excepția lipsei obiectului petiției, formulate de petent ca fiind în mod vădit nefondată, raportat la domeniul de aplicare al prevederilor O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată*.

4.2.14. Partea reclamată arată că aspectele sesizate de petent *nu reprezintă acte de discriminare în sensul dispozițiilor OG nr. 137/2000, republicată*. Astfel, pentru săvârșirea unei fapte de discriminare, aceasta trebuie să îndeplinească condițiile

stipulate de art. 2 alin. (1)-(4) din ordonanța mai sus menționată, ori față de susținerile petentului, apreciază că nu este îndeplinită niciuna dintre condițiile stipulate de articolul anterior menționat.

4.2.15. Potrivit Constituției organizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate se stabilește în condițiile legii, în cauza de față prin *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, precum și prin acte normative subsecvente și acte administrative cu caracter normativ în domeniul sănătății. Potrivit principiului egalității între cetățeni, în domeniul sănătății, prin intermediul *Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare*, legiuitorul a stabilit drepturi egale pentru toți asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. În acest sens, este menționat art. 218 alin. (2) lit. d) din actul normativ anterior citat, coroborat cu dispozițiile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările și completările ulterioare, potrivit căroră, asigurații au dreptul de a beneficia de pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii. Tratatul egal ca un aspect al egalității nu este echivalent tratamentului identic. Pentru a realiza egalitatea deplină și efectivă este necesar ca oamenii să fie tratați în mod diferit în funcție de circumstanțele lor diferite.

4.2.16. Pentru a fi în prezența unei fapte de discriminare trebuie să existe o legătură de cauzalitate între tratamentul mai puțin favorabil și criteriul de discriminare, fapt ce nu a fost dovedit în prezența cauză.

4.2.17. Reclamatul mai arată faptul că lipsește situația comparabilă, petentul invocând discriminarea în raport cu acele categorii de asigurați care au acceptat primirea cardului național de sănătate, or fapta de discriminare trebuie determinată în raport cu persoane sau categorii de persoane aflate în situații similare (termenul de comparație ar fi trebuit reprezentat de aceeași categorie de asigurați, respectiv asigurați care au refuzat primirea cardului din motive religioase sau de conștiință, întrucât categoria asiguraților posesori de card este diferită de cea din care face parte petentul).

4.2.18. Întrucât, petentul invocă efectele discriminatorii ale Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare ale actelor subsecvente care au fost elaborate în baza acestei legi, menționăm că „*pentru a determina dacă există discriminare într-o lege, întotdeauna trebuie să determinăm rațiunea legii la înființarea ei (scopul legiferării).*”

4.2.19. *O faptă poate fi considerată discriminatorie dacă atinge un drept, oricare dintre cele garantate de tratatele internaționale ratificate de România sau cele prevăzute de legislația națională.*

4.2.20. Diferențierea nu reprezintă discriminare dacă pentru această diferențiere există o justificare obiectivă. În acest sens, statul prin instituțiile sale, a urmărit scopul legitim de a asigura accesul la asistentă medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate tuturor categoriilor de asigurați, inclusiv a celor care au refuzat în mod expres primirea cardului național, din motive religioase sau de conștiință, adoptând în acest sens măsuri afirmative, prin care a stabilit că aceste categorii de asigurați pot face dovada calității de asigurat, fie cu adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul, fie cu documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Aceste măsuri au avut scopul legitim de a asigura accesul la asistentă medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, de a proteja ordinea, drepturile și

libertățile persoanelor care au refuzat în mod expres cardul național de sănătate din motive religioase și de conștiință. Pentru considerentele expuse mai sus, solicită admiterea excepției lipsei obiectului petiției, formulată de petent ca fiind în mod vădit nefondată.

4.2.21. Pe fond, petentul a solicitat părții reclamate (în perioada octombrie-decembrie 2014) să îi pună la dispoziție: Copia documentelor prin care s-a stabilit data și s-a dispus începerea distribuției cârdurilor electronice de sănătate, precum și modul de organizare a distribuției acestora către asigurați (Ordine ale președintelui CNAS , dispoziții ale directorilor de resort, planificări, etc); Copia Ordinului președintelui CNAS sau dispoziții echivalente ale funcționarilor responsabili prin care s-au stabilit documentele/formularele sau actele ce însoțesc cârdul de sănătate și care sunt comunicate odată cu acesta; Copia documentelor standard ce însoțesc cârdul de sănătate, în plicul distribuit către asigurați.

4.2.22. Urmare a acestei solicitări, prin adresa CNAS nr. RAP 445/03.11.2014, petentului i s-au comunicat informațiile solicitate în conformitate cu prevederile legale speciale aplicabile, fiindu-i adus la cunoștință inclusiv cadrul legal incident, respectiv prevederile H.G. nr. 900 /2012 *pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cârdul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX "Cardul european și cârdul național de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare. Acest act normativ reglementează în mod expres la art. 5¹ modalitatea de distribuție a cardurilor naționale de sănătate, aspect adus la cunoștința petentului prin intermediul adresei mai sus menționate.

4.2.23. CNAS a luat act de renunțarea petentului privind solicitarea de a i se pune la dispoziție o serie de documente și față de cererea prin care solicita să i se pună la dispoziție referatul de aprobare a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate publicat pe site-ul CNAS în data de 26.01.2015 pentru asigurarea transparenței decizionale, precum și cu privire la celelalte documente solicitate de acesta. Pe de altă parte informațiile solicitate de către petent sunt publice și se regăsesc pe site-ul CNAS www.cnas.ro, petentul putând lua la cunoștință de acestea în conformitate cu prevederile legale. Cu toate acestea, petentul a înțeles să formuleze două acțiuni în justiție împotriva CNAS.

4.2.24. Prin raportare la obiectul prezentei petiții, se arată faptul că unii cetățeni/lideri de opinie ai asociațiilor creștine și/care apără drepturile omului au contestat cardul de sănătate, statul român, prin instituțiile sale a luat măsuri în consecință, respectând drepturile unui segment al asiguraților care s-a opus să primească cârdul național de sănătate.

4.2.25. Astfel, Legea nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare și actele subsecvente, elaborate în temeiul Legii nr. **95/2006**, cu modificările și completările ulterioare, au fost adoptate prin raportare la normele constituționale, care recunosc și garantează cetățenilor egalitatea de șanse și nediscriminare, dreptul la libertatea de conștiință și religie

4.2.26. Petentul afirmă că eliberarea adeverinței presupune o procedură ce implică un „**efort semnificativ**” din partea acestuia, fiind discriminat prin neacordarea serviciilor medicale de care ar fi trebuit să beneficieze în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, ca urmare a neemiterii adeverinței de asigurat de către CAS IAȘI. Din cele prezentate anterior rezultă că urmare a neemiterii adeverinței de asigurat de

către CAS Iași, un anumit furnizor de servicii medicale nu i-a acordat petentului asistența medicală. În aceste condiții, rezultă că nu este culpa CNAS că petentului nu i-a fost eliberată la timp de către CAS Iași adeverința de asigurat. Pe de altă parte, potrivit prevederilor legale, eliberarea adeverinței nu îi era necesară adeverința de asigurat în vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale și îngrijirilor la domiciliu. Dovada calității de asigurat se putea face în speța de față, prin documentul generat și listat, în urma verificării online a calității de asigurat. De asemenea este culpa furnizorului de servicii medicale/personalul medical nu i-a acordat petentului asistență medicală. Împrejurarea că furnizorul de servicii medicale căruia petentul i-a solicitat un serviciu medical a refuzat să îi acorde acestuia asistență medicală intră în responsabilitatea furnizorului respectiv, CNAS neavând nicio culpă în acest sens, de vreme ce CNAS a reglementat regimul de acordare neîngrădită a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, atât pentru categoriile de persoane posesoare de card național, cât și pentru acele categorii care au refuzat cardul național de asigurări de sănătate.

4.2.27. Referitor la susținerile petentului conform cărora *Ordinul nr. 98/2015 a fost formulat de către CNAS în mod incomplet iar efectele Ordinului nr. 98/2015 sunt discriminatorii prin aceea că așează asigurații care și-au manifestat opțiunea conform convingerilor religioase într-o poziție inferioară prin restrângerea exercitării dreptului la sănătate și asigurări sociale* se menționează că Ordinul nr. 98/2015 a fost emis în baza Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare și a Constituției României, republicată. Ordinul nr. 98/2015 la art. 1 alin. (2) și (3) cuprinde dispoziții clare și precise cu privire la dovedirea calității de asigurat în cazul persoanelor care refuză cardul național de sănătate.

4.2.28. Se mai arată faptul că până la data de 1 mai 2015 (petentul solicitând biletul de trimitere în data de 30.04.2015), petentului nici nu îi era necesară adeverința de asigurat în vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale și îngrijirilor la domiciliu. Dovada calității de asigurat se putea face în speța de față, prin documentul generat și listat, în urma verificării online a calității de asigurat.

4.2.29. Ulterior datei de 01.05.2015, Legea-cadru nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, stipulează la art. 319 lit. b¹), că documentul prin care se atestă calitatea de asigurat, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate, este adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni de la data eliberării.

4.2.30. Potrivit prevederilor specifice și de strictă interpretare ale Legii-cadru nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 557/246/2015*, precum și ale *Ordinului președintelui CNAS nr. 248/2015*, petentul beneficiază în mod neîngrădit, ca și orice alt asigurat, de pachetul de servicii medicale de bază, așa cum este prevăzut de *HG nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 388/186/2015*. În acest context, este de menționat că aceste acte normative stabilesc că dovedirea calității de asigurat se face în baza documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din *Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare*, pentru persoanele care nu au intrat în posesia cardului național, sau au refuzat în mod expres primirea cardului din motive religioase sau de conștiință până la data la care intră în posesia acestuia, în speță, *documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate*.

4.2.31. În consecință se solicită admiterea excepțiilor invocate iar pe fond se solicită respingerea petiției ca nefondată.

Punctul de vedere formulat de Casa de Asigurări de Sănătate Iași

4.3.1. Prin memoriul formulat, petentul reclamă politica de discriminare, pe bază de religie și convingeri, adoptată de statul român prin instituțiile juridice de drept public, cu privire la accesul la serviciile de sănătate reglementate de Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății, cu încălcarea dreptului la sănătate» îngrijire medicală, la securitate socială și servicii sociale prevăzut la art. 1 alin. 2 lit. d) pct. X subpunct (iv) din OG nr. 137/2000. Acesta consideră ca fiind discriminatorie prevederea legislativă care se referă la emiterea unei adeverințe de asigurat pentru persoanele care refuză cardul național de asigurări de sănătate din motive religioase, această adeverință fiind emisă la sediul caselor de asigurări de sănătate pentru fiecare contribuabil care se regăsește în această situație și având o valabilitate de 3 luni de zile.

4.3.2. În mod. concret, petentul critică prevederile din Legea nr. 95/2006 și normele subsecvente, elaborate în temeiul acesteia. Ori, din examinarea conținutului OG nr. 137/2000, republicată, rezultă că atribuțiile Consiliului și controlul exercitat de către acesta nu privesc modul de reglementare a organizării sistemului social de asigurări de sănătate și a utilizării cârdului național de sănătate prin lege ori alte acte normative subsecvente, Stabilirea prin acte normative a unor obligații în ceea ce privește dovada calității de asigurat pentru categoriile de asigurați fie prin prezentarea cârdului național de sănătate, fie prin prezentarea adeverinței de asigurat înlocuitoare pentru asigurații care refuză cardul din diverse motive (inclusiv religioase), nu poate fi analizată din punctul de vedere al discriminării conform cadrului legal instituit de OG 137/2000. Hotărârile emise de Consiliul Director al Consiliului sunt pronunțate doar în materia investigării și sancționării contravenționale a faptelor de discriminare, aceste fapte constând în acțiuni/inacțiuni ilicite prin care se încalcă normei ale dreptului obiectiv cu consecința cauzării de prejudicii unei persoane.

4.3.3. În acest context, invocă *excepția necompetenței Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării de a soluționa orice aspect privind presupusa încălcare a drepturilor unei persoane ca urmare a apariției unui text legal sau a modificării unui act normativ. Dacă ar exista vreo presupusă încălcare a drepturilor fundamentale create de un text normativ, dezlegarea chestiunii de drept ar fi trebuit să fie supusă analizei Curții Constituționale sau/și instanțelor de judecată.*

4.3.4. Analizând dispozițiile legale criticate, se arată că prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, nu creează și nu aplica un tratament diferențiat între persoane aflate în situații similare pentru a le restrânge drepturile, ci dimpotrivă a creat un cadru normativ pentru a exista un tratament egalitar pentru toate persoanele aliate în aceeași situație, fără a distinge între categoriile de asigurați și fără a se face vreo diferențiere pe criteriul convingerii religioase a unei persoane.

4.3.5. Petentul ar fi trebuit, conform art. 27 din OG 137/2000, republicată, să indice fără putință de tăgadă în ce mod CJAS Iași a aplicat un tratament discriminatoriu față de acesta, direct sau indirect, raportat atât la asigurații care dețin un card național de sănătate, cât și la celelalte persoane care au refuzat cardul național de sănătate din diverse motive (inclusiv religioase) și pentru care se eliberează adeverință înlocuitoare a cârdului.

4.3.6. Consiliul urmează a fine cont de faptul că, casele de asigurări de sănătate din România sunt instituții publice care pun în aplicare și monitorizează aplicarea

normelor de drept în ceea ce privește sistemul sanitar din România. Case de asigurări de sănătate nu sunt organe de legiferare în materia normativă în ceea ce privește reglementările legale. Prin urmare, raportat la motivele invocate, solicită să se admită lipsa calității procesuale pasive a acestei reclamate.

4.3.7. Pe fond, în primul rând, petentul nu a fost împiedicat de lipsa adevărului de asigurat de a beneficia de servicii medicale, însăși acesta afirmând că s-a prezentat la medicul de familie și acesta i-a eliberat un bilet de trimitere (eliberarea biletelor de trimitere este unul dintre serviciile de asistență medicală efectuate de către medicii de familie și care se decontează de către casele de asigurări de sănătate).

4.3.8. În al doilea rând, nu este dovedit în mod obiectiv și fără echivoc refuzul vreunui furnizor de a oferi servicii medicale petentului în baza biletului de trimitere și ca urmare a neprezentării adevărului, Cu privire la acest aspect, petentul nici măcar nu indică numele celui furnizor care a refuzat acordarea serviciilor medicale. În cazul în care un furnizor refuză acordarea către asigurați a serviciilor medicale care fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu CJAS Iași, orice pacient are deschisă calea petiției formulate la sediul casei de asigurări, urmând a fi demarate controale tematice pentru soluționarea situației semnalate. Așadar, în nici un caz refuzul de a acorda servicii medicale de către un furnizor nu poate fi subsumat în mod direct unei situații de discriminare, astfel cum tinde să afirme petentul în prezenta cauză.

4.3.9. Nu orice diferență de tratament semnifică discriminare pentru a putea fi reținut tratamentul diferențiat, injust, etc. Astfel, pentru a fi reținută această diferențiere este necesar să se stabilească dacă persoane aflate în situații anologice sau comparabile în materie beneficiază de un tratament preferențial, fiind necesar să se stabilească dacă o asemenea distincție există și aceasta are o justificare obiectivă sau rezonabilă,

4.3.10. Pentru a fi în prezență unei fapte de discriminare trebuie să existe o legătură de cauzalitate între tratamentul mai puțin favorabil și criteriul de discriminare, fapt ce nu a fost dovedit în prezenta cauză. O faptă poate fi considerată discriminatorie dacă atinge un drept, oricare dintre cele garantate de tratatele internaționale ratificate de România sau cele prevăzute de legislația națională. Statul prin instituțiile sale, în spiritul Constituției și al jurisprudenței Curții Constituționale, a urmărit scopul legitim de a asigura accesul la asistență medicală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate tuturor categoriilor de asigurați, inclusiv a celor care au refuzat în mod expres primirea cardului național de sănătate, din motive religioase sau de conștiință, adoptând în acest sens măsuri concrete prin care a stabilit că aceste categorii de asigurați pot face dovada calității de asigurat fie cu *adeverința de asigurat* eliberată prin grija casei de asigurări de sănătate la care este înscris, fie cu documentul rezultat din accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale a instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

4.3.11. Solicită admiterea excepțiilor invocate iar pe fond respingerea petiției ca neîntemeiată.

V. Motivele de fapt și de drept

5.1. **În fapt**, prin petiția formulată și trimisă spre soluționare Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării acesta este sesizat cu privire la săvârșirea unei potențiale fapte de discriminare, în sensul unui presupus tratament diferențiat între posesorii de carduri de sănătate și posesorii de adevăruri de asigurat (persoane care au refuzat primirea cardului de sănătate), în principal, și în secundar ca urmare a neeliberării adevărului la timp petentul nu a putut beneficia de asistență medicală.

5.2. **În drept**, Colegiul director al Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării, având în vedere dispozițiile **art.28 din Procedura Internă de Soluționare a Petițiilor și Sesizărilor**, potrivit cărora *“Membrii Colegiului director, din oficiu, pot ridica excepția de necompetență când în mod vădit constată că petiția formulată nu este de competența Consiliului, potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 137/2000, republicată.”*, și dispozițiile **art. 63 din Procedura Internă de Soluționare a Petițiilor și Sesizărilor**, ce prevede următoarele: *„(1) Colegiul director se va pronunța mai întâi asupra excepțiilor de procedură, precum și asupra celor de fond care nu mai necesită, în tot sau în parte, analizarea în fond a petiției.(2) Excepțiile vor putea fi unite cu fondul dacă este nevoie să se administreze dovezi în legătură cu soluționarea în fond a petiției.”* și ale **art.64**, din aceeași procedură mai sus menționată *„(1) Când în fața Colegiului director se pune în discuție competența acestuia, se va indica instituția sau un alt organ competent. (2) Dacă este nevoie să se administreze dovezi în legătură cu soluționarea în fond a petiției, excepția va fi unită cu fondul.(3) Colegiul director va trece la soluționarea petiției, cel nemulțumit putând ataca hotărârea asupra fondului la instanța de contencios administrativ, potrivit legii.”* va analiza cu prioritate excepțiile invocate în speța de față.

5.3. Raportat la **excepția de necompetență** materială a Consiliului invocată din oficiu, Colegiul director urmează a se pronunța asupra acesteia.

5.4. Jurisdicția exercitată de Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării este o „jurisdicție administrativă” ce presupune o procedură specială, administrativ-jurisdicțională, ce se bazează pe principiul independenței organului care emite actul față de părțile de litigiu, cu asigurarea principiului contradictorialității și al dreptului la apărare.

5.5. Colegiul director urmează a respinge excepția invocată având în vedere faptul că este sesizat cu privire la o potențială discriminare instituită de Ordinul nr. 98/2015.

5.6. Colegiul urmează a se pronunța asupra excepției lipsei calității procesuale active invocate de către prima parte reclamată. Colegiul urmează a admite în parte excepția invocată, în sensul că această parte reclamată cu privire la neeliberarea la timp a adeverinței de asigurat, răspunzătoare pentru eliberarea adeverinței fiind cea de a doua parte reclamată. Cu privire la Ordinul nr. ORDIN Nr. 98 din 27 februarie 2015 pentru aprobarea procedurii de eliberare, a modalității de suportare a cheltuielilor aferente producerii și distribuției cardului duplicat către asigurat, precum și a modalității de acordare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale până la eliberarea sau în cazul refuzului cardului național de asigurări sociale de sănătate Colegiul reține calitatea procesuală a primei reclamate.

5.7. Cu privire la lipsa calității procesuale pasive a celei de a doua reclamate, Colegiul Director urmează a admite în parte această excepție. Cu privire la eliberarea adeverinței de asigurat, Colegiul director reține calitatea procesuală pasivă a celei de a doua reclamate.

5.8. Colegiul director urmează a analiza și excepția lipsei de obiect a petiției formulate de către prima reclamată dispunând respingerea acesteia.

5.9. 5.4. Conform art. 2 alin. 1 din O.G. nr. 137/2000, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările și completările ulterioare, republicată, constituie discriminare “orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenență la o categorie defavorizată, care are ca scop sau efect restrângerea ori

înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale ori a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice”.

5.10. Conform art. 7, lit. f din O.G. nr. 137/2000, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările și completările ulterioare, republicată, *constituie contravenție, conform prezentei ordonanțe, discriminarea unei persoane pentru motivul că aparține unei anumite rase, naționalități, etniei, religii, categorii sociale sau unei categorii defavorizate, respectiv din cauza convingerilor, vârstei, sexului sau orientării sexuale a acesteia, într-un raport de muncă și protecție socială, cu excepția cazurilor prevăzute de lege, manifestată în următoarele domenii: f) dreptul de aderare la sindicat și accesul la facilitățile acordate de acesta.*

5.11. O faptă poate fi calificată ca fiind faptă de discriminare dacă îndeplinește cumulativ mai multe condiții:

- Existența unui tratament diferențiat manifestat prin deosebire, excludere, restricție sau preferință (existența unor persoane sau situații aflate în poziții comparabile)
- Existența unui criteriu de discriminare potrivit art. 2, alin. 1 din O.G. nr. 137/2000 republicată. Potrivit legii, criteriile de discriminare sunt: *rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenența la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu.*
- Tratamentul diferențiat să aibă drept scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate a unui drept recunoscut de lege;
- Tratamentul diferențiat să nu fie justificat obiectiv de un scop legitim, iar metodele de atingere a aceluși scop să nu fie adecvate și necesare.

5.12. Colegiul director a analizat petiția având în vedere elementele constitutive ale unei fapte de discriminare. Astfel, Colegiul director a analizat dacă există un tratament diferențiat între diferite persoane care se află în situații comparabile și care sunt tratate în mod diferit din cauza unui criteriu de discriminare. Astfel, Colegiul director reține faptul că situația posesorilor de carduri de sănătate nu este comparabilă cu situația persoanelor care au refuzat primirea acestor carduri. În cazul posesorilor de adeverințe este vorba despre o opțiune individuală aceștia putând opta fie pentru a avea un card de sănătate fie pentru a solicita o adeverință de asigurat.

5.13. Privind justificarea obiectivă, prin jurisprudența sa, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a arătat că justificarea obiectivă și rezonabilă trebuie să urmărească un scop legitim, și măsura aplicată trebuie să fie proporțională cu scopul urmărit; în cazul tratamentului diferit bazat pe rasă, culoare sau origine etnică, noțiunea de justificare obiectivă și rezonabilă trebuie interpretată într-o manieră cât se poate de strictă (D.H. și alții împotriva Cehiei, 13 noiembrie 2007, Sampanis și alții împotriva Greciei, 5 iunie 2008). În analiza scopului legitim, trebuie analizată existența acestui scop raportat la dreptul atins prin diferențiere. În analiza metodei adecvate și necesare, trebuie stabilit dacă, prin metoda aleasă, se atinge scopul dorit, și dacă există sau nu alte metode prin care scopul poate fi atins, fără a crea o situație de diferențiere. Cardul poate fi verificat în sistem în timp real. În cazul posesorilor de adeverințe de asigurat este justificat să se solicite, la un anumit interval de timp, să se dovedească calitatea de asigurat întrucât adeverința nu permite verificarea în timp real a statutului persoanei respective.

5.14. Din analiza obiectului petiției raportat la îndeplinirea elementelor constitutive ale faptei de discriminare, Colegiul director reține că, în speță, acestea nu se întrunesc, nefiind vorba de situații comparabile (fiind vorba despre o opțiune individuală), nefiind încălcat principiul egalității și nici cel al nediscriminării. Prin urmare, Colegiul director decide faptul că, în cazul semnalat de către petentă, nu s-a săvârșit o faptă de discriminare, potrivit O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată.

5.15. Cu privire la neeliberarea adeverinței de asigurat, Colegiul director reține faptul că petentul a primit trimiterea de la medicul de familie nedovedindu-se refuzul vreunui furnizor de a-i oferi servicii medicale petentului ca urmare a lipsei adeverinței. Cu privire la acest capăt de cerere Colegiul director apreciază că nu sunt incidente prevederile art.2 alin.1, din O.G. nr. 137/2000, republicată.

Față de cele de mai sus, în temeiul art. 20 alin. (2) din O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, **cu unanimitate de voturi** ale membrilor prezenți la ședință,

COLEGIUL DIRECTOR HOTĂRĂȘTE:

1. Respingerea excepției de necompetență a Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării
2. Admiterea în parte a excepției lipsei calității procesuale pasive a primului reclamat;
3. Admiterea în parte a excepției lipsei calității procesuale pasive a celui de-al doilea reclamat;
4. Respingerea lipsei de obiect a petiției,
5. cu privire la primul capăt al petiției nu se întrunesc elementele constitutive ale faptei de discriminare (nu sunt situații comparabile) potrivit art. 2, alin. 1 din O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată;
6. Cu privire la cel de-al doilea capăt de cerere nu sunt incidente prevederile art.2 alin.1, din O.G. nr. 137/2000, republicată.
7. O copie a hotărârii se va transmite părților

VI. Modalitatea de plată a amenzii:

Nu este cazul.

VII. Calea de atac și termenul în care se poate exercita.

Prezenta hotărâre poate fi atacată la instanța de contencios administrativ, în termen de 15 zile de la data primirii, potrivit **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea faptelor de discriminare, republicată și Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ.**

Membrii Colegiului Director prezenți la ședință:

ASZTALOS CSABA FERENC – Membru

BERTZI THEODORA – Membru

DINCĂ ILIE – Membru

GHEORGHIU LUMINIȚA – Membru

HALLER ISTVÁN – Membru

LAZĂR MARIA – Membru

MANOLE PETRE-FLORIN – Membru

POPA CLAUDIA SORINA – Membru

Data redactării: 22.04.2016

Motivat/redactat: TB/RB

Notă: Hotărârile emise de Colegiul director al Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării potrivit prevederilor legii și care nu sunt atacate în termenul legal, potrivit **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea faptelor de discriminare și Legii 554/2004 a contenciosului administrativ**, constituie de drept titlu executoriu..