

Pachetele de servicii. Calitatea de asigurat.

Drepturi și obligații ale asiguraților

Pachete de servicii medicale

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, **persoanele asigurate**, indiferent de categoria de asigurat, beneficiază de **pachetul de bază** de servicii medicale, care cuprinde servicii furnizate de medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și spital, investigații paraclinice, îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, medicamente compensate, dispozitive medicale, servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare.

Persoanele neasigurate beneficiază de servicii cuprinse într-un **pachet minimal de servicii medicale**, care cuprinde servicii care se acordă în caz de urgențe medico-chirurgicale și boli cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

La nivelul medicului de familie, persoanele neasigurate beneficiază de un **pachet minimal extins**, similar cu pachetul de bază.

Începând cu data de 1 iulie 2024, atât persoanele asigurate cât și cele neasigurate beneficiază de servicii medicale acordate persoanelor asigurate cu afecțiuni oncologice sau cu suspiciune de afecțiuni oncologice acordate în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul unora dintre segmentele de asistență medicală.

Tot de la **1 iulie 2024** persoanele neasigurate beneficiază de testarea pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă de testarea pentru virusul HIV, în mod similar cu testarea pentru persoanele asigurate.



Calitatea de asigurat

Codul Fiscal prevede următoarele: „Cota de contribuție de asigurări sociale de sănătate este de 10% și se datorează de către persoanele fizice care au calitatea de angajați, cele care realizează venituri pentru care există obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de către cele care nu realizează venituri dar optează să se asigure în sistem”.

Anumite categorii de persoane sunt **asigurate fără plata contribuției, printre care:**

- *copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă:*
 - sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai

mult de 3 luni de la terminarea studiilor,

- ucenici sau studenți,
- absolvenții facultăților de medicină, stomatologie, farmacie, dar nu mai mult de 6 luni de la absolvirea facultății,
- studenții-doctoranzi,
- persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.

Prevederea se aplică inclusiv în cazul tinerilor de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, elevi, ucenici sau studenți, respectiv în cazul studenților-doctoranzi, înmatriculați într-o instituție de învățământ liceal/școală profesională sau instituție de învățământ superior, după caz, acreditată, din altă țară;

- *soțul, soția și părinții fără venituri proprii*, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- *femeile gravide și lăuzele*;
- persoanele cu *handicap*;
- *bolnavii* cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate;
- beneficiarii *legilor speciale*;
- pensionarii;
- persoanele care se află în *concedii* acordate în baza Legii 346/2002 (urmare unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale);
- persoanele aflate în *concediu* pentru creșterea copilului în vârstă de până la doi ani sau, după caz, până la trei ani;
- persoanele care beneficiază de indemnizație de *șomaj*.

Drepturile asiguraților

În cadrul sistemului de asigurări sociale, asigurații au următoarele **drepturi**:

- să aleagă furnizorii de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se înscriu;
- să fie înscriși pe lista unui medic de familie ales în mod liber;
- să își schimbe medicul de familie ales, dar nu mai des de o dată la 6 luni, cu anumite excepții reglementate în Contractul-cadru;
- să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, servicii medicale de urgență, unele servicii de asistență stomatologică, tratament fizioterapeutic și de recuperare, dispozitive medicale;
- să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;
- să aibă dreptul la informații în cazul tratamentelor medicale;

- să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în condițiile legii.

Obligațiile asiguraților

Pentru a putea beneficia de drepturile anterior menționate, asigurații au următoarele **obligații**:

- să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- să se prezinte la controalele profilactice și periodice;
- să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- să respecte tratamentul și indicațiile medicului și să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata/contribuția personală, în condițiile legii.

Verificarea calității de asigurat se poate face online, prin interogarea aplicației disponibile pe pagina web a CNAS și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate:
<http://cnas.ro/verificare-asigurați/>

