



DREPTURILE SI OBLIGATIILE PERSOANELOR ASIGURATE IN SISTEMUL CNAS

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază, cuprinzând servicii medicale preventive și curative, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază, în conformitate cu Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul VIII Asigurările sociale de sănătate.

Pachetul de servicii de bază este stabilit prin contractul-cadru elaborat de CNAS, în colaborare cu organizațiile implicate în sistem. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății Publice, și se aproba prin hotărâre a Guvernului:

- a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);
- c) criteriile și standardele calității pachetului de servicii;
- d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;
- e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- f) internarea și externarea bolnavilor;
- g) măsuri de îngrijire la domiciliu și de recuperare;
- h) condițiile acordării serviciilor la nivel regional și lista serviciilor care se pot contracta la nivel județean, precum și a celor care se pot contracta la nivel regional;
- i) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor medicale;
- j) modul de informare a asiguraților;
- k) coplata pentru unele servicii medicale.

Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de Legea nr. 95/2006.

Asigurații au următoarele drepturi:

- a) să aleaga furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și a contractului-cadru;
- b) să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;
- c) să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- d) să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- e) să efectueze controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;

- f) sa beneficieze de servicii de asistenta medicala preventiva si de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- g) sa beneficieze de servicii medicale in ambulatorii si in spitale aflate in relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- h) sa beneficieze de servicii medicale de urgenta;
- i) sa beneficieze de unele servicii de asistenta stomatologica;
- j) sa beneficieze de tratament fizioterapeutic si de recuperare;
- k) sa beneficieze de dispozitive medicale;
- l) sa beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- m) sa li se garanteze confidențialitatea privind datele, in special in ceea ce privește diagnosticul si tratamentul;
- n) sa aibă dreptul la informație in cazul tratamentelor medicale;
- o) sa beneficieze de concedii si indemnizații de asigurări sociale de sănătate in condițiile legii.

Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de aceste drepturi sunt următoarele:

- a) să se inscrie pe lista unui medic de familie;
- b) să anunțe medicul de familie ori de cate ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- c) să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d) să anunțe in termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumita categorie de asigurați;
- e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- g) să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atestă calitatea de asigurat.

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgentelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic și cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială în condițiile art. 223, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul internat in vârsta de pana la 3 ani, precum și pentru însoțitorul persoanei cu handicap grav internate se suportă de către casele de asigurări, daca medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinata.