

Nr. DG 15437 / 06.11.2025

În atenția furnizorilor de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, aflați în relație contractuală cu CAS Neamț

Prin prezenta, revenim la Informarea instituției noastre cu nr. DG 7614 / 06.06.2025, prin care vă aduceam la cunoștință faptul că, în ultima perioadă, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și CAS Neamț au fost sesizate de către mai multe persoane asigurate cu privire la faptul că **le-a fost solicitată plata unor tarife suplimentare de către furnizorii de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi aflați în relație contractuală cu CAS Neamț.**

Având în vedere punctul de vedere exprimat de către CNAS referitor la aceste situații, inclusiv adresa CNAS nr. DG 3710 / 30.05.2025, înregistrată la sediul CAS Neamț cu nr. DG 7221 / 30.05.2025, insistăm ca furnizorii de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi aflați în relație contractuală cu instituția noastră, să aibă în vedere, în desfășurarea activității, următoarele aspecte:

Prevederile **art. 230 din Legea nr.95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, stipulează următoarele:

"(1) 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 prezenta lege, de contractul-cadru și normele sale de aplicare.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru; (...)

d) să beneficieze de pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii; (...)

h) să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate; (...)

o) să aibă dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale; (...)"

De asemenea, potrivit dispozițiilor **art.248 alin. (1)** din actul normativ sus-menționat, **"Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt: (...)**

i) asistența medicală la cerere; (...)

j) serviciile medicale solicitate de asigurați; (...)"

În aplicarea **Legii nr. 95 / 2006** republicată, cu modificările și completările ulterioare, actele normative subsecvente, respectiv **Hotărârea de Guvern nr.521 / 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**, cu modificările și completările ulterioare, și a **Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1857 / 441 / 2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521 / 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului – cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**, cu modificările și completările ulterioare, **reglementează conținutul pachetului de servicii medicale de bază acordate pe diferitele paliere de asistență medicală**, precum și condițiile de acordare a serviciilor.

Potrivit prevederilor **art. 99 alin.(1) din Hotărârea de Guvern nr. 521 / 2023**, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale **art. 12 din Anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și**

președintelui CNAS nr.1857 / 441 / 2023, cu modificările și completările ulterioare, **spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective**, inclusiv cheltuielile din secțiile / compartimentele de ATI – structuri care nu internează / externează direct cazuri, precum și pentru medicamente – în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 98 lit. a) – c), cu excepția:

- a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;
- b) dispozitivelor medicale și a serviciilor de tratament și / sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate, inclusiv serviciilor conexe actului medical;
- c) serviciilor de radioterapie acordate în cadrul Subprogramului de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice internați în regim de spitalizare continuă, în orice altă secție / compartiment în afară de secția / compartimentul de radioterapie.

În consecință, având în vedere dispozițiile legale sus-menționate, **vă atenționăm** cu privire la faptul că **unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente – în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare și investigații paraclinice**, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate. Aceste prevederi legale se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi (*art. 99 alin. 4 din H.G nr. 521 / 2023*, cu modificările și completările ulterioare).

Menționăm faptul că **furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală**, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora **DOAR pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuti finanțate prin sistem DRG.**

Totodată, facem mențiunea că, în relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au obligația să informeze asigurații cu privire la pachetul de servicii minimal și de bază și la tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate.

Așadar, reiterăm atenționarea către toți furnizorii de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi aflați în relație contractuală cu CAS Neamț, să respecte prevederile legale în vigoare și să aibă în vedere următoarele aspecte:

- asigurații suportă contravaloarea serviciilor medicale de care au beneficiat **DOAR** în situația în care se adresează unui furnizor care nu este în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate sau în situația în care serviciile pentru care asigurații se adresează furnizorului nu fac obiectul contractului încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate;
- furnizorii nu pot acorda asiguraților servicii medicale pe care le consideră complementare, dar care se suprapun integral sau parțial peste serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal și de bază, solicitând pacienților plata contravalorii respectivelor servicii medicale. După cum am menționat și anterior, furnizorii **sunt obligați să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective;**
- în situația în care un pacient s-a adresat unui furnizor de servicii medicale, acesta va beneficia de toate serviciile medicale necesare rezolvării cazului său din partea respectivului furnizor de servicii medicale, **fără imixtiunea niciunui alt furnizor extern de servicii medicale. Actul medical este responsabilitatea furnizorului de servicii medicale căruia pacientul s-a adresat;**
- actele normative în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate **NU** prevăd posibilitatea încasării de către furnizorii de servicii medicale spitalicești a unor sume pentru **condiții de**

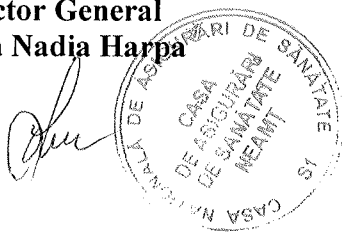
confort ridicate în cazul serviciilor spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, ci doar pentru cele acordate în regim de spitalizare continuă;

- potrivit **art. 189 alin.(2) din H.G. nr.521 / 2023**, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile **art.12 din modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în Anexa nr.26 la Ordinul MS / CNAS nr. 1857 / 441 / 2023**, **furnizorii de servicii medicale au obligația să respecte calitatea serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.** Costurile legate de asigurarea standardelor de calitate nu pot fi impuse ca plată pacienților, ci este în obligația furnizorilor de a asigura standardele de calitate pentru serviciile medicale oferite.

În consecință, insistăm ca furnizorii de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi aflați în relație contractuală cu CAS Neamț să respecte cu strictețe prevederile legale și contractuale în vigoare și **să suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.** Atenționăm furnizorii de servicii medicale că nerespectarea prevederilor legale atrage după sine aplicarea sancțiunilor legale și contractuale stipulate în actele normative în vigoare, putând, totodată, antrena sesizarea altor organe și autorități competente, după caz.

Cu stimă,

Director General
Jr. Elena Nadia Harpa



Director RC - RA
Ec. Marieana Atomulesei

A handwritten signature in black ink.