

RAP25/27/05.07.2022

**În atenția Doamnei Lenuța NICA**

**Project Manager FACIAS**

E-mail: [drepturi.pacienti@facias.ro](mailto:drepturi.pacienti@facias.ro)

Urmare solicitărilor dumneavoastră cu nr. 95/21.06.2022 și 115/01.07.2022, înregistrate la Serviciul Relatii cu Asigurații, Presa și Purtător de Cuvânt cu nr. RAP/25/24.06.2022 și RAP28/04.07.2022, vă comunicăm următoarele informații care răspund la cinci din întrebări adresate de dvs., anume, din prima solicitare la întrebările nr.: 1,5,6, și 11, iar din a doua solicitare la întrebarea cu nr. 9, astfel:

Potrivit art. 234 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,*

„(1) Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.

(2) La cerere, casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana asigurată comunică în termen de 45 de zile persoanei asigurate sau reprezentantului legal al acesteia, după caz, lista cu serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu precizarea contravalorii acestora, a furnizorilor care le-au efectuat/eliberat, precum și a datei efectuării/eliberării acestora.

(3) Lista cu serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, va putea fi accesată de asigurat și prin intermediul dosarului electronic al pacientului.

(4) CNAS efectuează, anual sau ori de câte ori este cazul, analize, studii și prelucrări de date în scopul transparentizării modului în care serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale sunt decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.”

În aplicarea prevederilor sus menționate, a fost emis *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1416/820/2020 privind aprobarea Normelor metodologice pentru implementarea Legii nr. 165/2019 pentru completarea art. 234 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care cuprinde reglementări referitoare la modalitatea prin care persoanele asigurate pot solicita caselor de asigurări de sănătate unde sunt luate în evidență, informații referitoare la serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat în anul precedent.*

Astfel, persoanele care dețin calitatea de asigurat au dreptul de a fi informate, la cerere, de către casele de asigurări de sănătate, cu privire la serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele

medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) de care au beneficiat în anul precedent.

Pentru obținerea acestor informații, persoana asigurată va transmite o cerere tip, care poate fi solicitată la casa de asigurări sau poate fi descărcată de pe site-ul casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul, din secțiunea "Informații pentru asigurați", subsecțiunea „Cetățeni asigurați”.

Cererea, completată și semnată de către persoana asigurată sau, după caz, reprezentantul legal al acesteia, se depune la sediul casei de asigurări de sănătate sau se transmite prin e-mail cu semnătură electronică calificată și este însoțită, după caz, de copia actului de împuternicire.

În cazul în care asiguratul depune cererea la sediul casei de asigurări de sănătate, se verifică identitatea solicitantului. În situația în care solicitantul optează pentru transmiterea solicitării prin intermediul poștei electronice, acesta va completa în cerere o parolă din 8 caractere, necesară accesării răspunsului.

În termen de 45 de zile de la data înregistrării cererii la casa de asigurări de sănătate, asiguratul va primi o listă cu serviciile medicale, îngrijirile la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive prevăzute în pachetul de bază, precum și serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul FNUASS, întocmită în ordine cronologică, cu precizarea furnizorului care le-a efectuat/eliberat, a datei efectuării/eliberării, precum și a contravalorii acestora. Informațiile furnizate vor fi extrase din Platforma informatică din asigurările de sănătate.

De ex.: pentru CAS Brașov cererea menționată anterior este disponibilă la acest link <http://www.casan.ro/casbv/page/model-cerere-ordin-ms-cnas-nr-1416-820-2020.html>

Totodată, *Ordinul ministrului sănătății nr. 1100/2005 privind introducerea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului pentru serviciile medicale primite*, cuprinde reglementări privind obligația unităților sanitare publice și cabinetelor medicale înființate potrivit *Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, **de a elibera un decont de cheltuieli pacienților**, pentru valoarea serviciilor medicale acordate de către spitale, medici de familie, precum și de către ambulatoriile de specialitate, după caz.

În speranța că am reușit să furnizăm informații clare, vă asigurăm că vom răspunde cu celeritate și la celelalte întrebări adresate de dvs., pe parcurs ce vom obține informațiile necesare de la direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*Cu deosebită considerație,*

*Șef Serviciu,*

*Larisa MEZINU-BĂLAN*