

**SISTEMUL DE ASIGURĂRI
SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN
ROMÂNIA**

CARACTERISTICI ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA ÎNAINTE DE 1990

România avea un sistem de sănătate centralizat de stat, de tip Semașko, caracteristic tuturor țărilor din Europa de Est.

Sistemul era finanțat de la bugetul de stat și controlat de stat, prin sistemul de planificare centralizată. Statul deținea monopolul serviciilor de sănătate, care erau proprietatea sa, iar personalul medical era în întregime salariat. Accesul la serviciile medicale era considerat general și nu exista sistem privat.

Aspecte pozitive: gratuitatea, accesibilitatea largă la asistența medicală, relativa respectare a principiului echității privind asistența medicală.

Prin subfinanțare, sistemul a fost lipsit de introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului și tratamentului, iar sfârșitul anilor '80 a fost caracterizat de curențe grave în aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare de uz curent.

Deși nu a existat libera alegere a medicului și pacienții erau arondați la dispensare în funcție de locul de muncă sau de domiciliu, sistemul a fost permisiv din punctul de vedere al circulației pacienților, astfel încât aceștia au putut ocoli dispensarele de medicina generală, slab dotate, căutând asistența medicală în unitățile cu paturi și în ambulator.

Principalele probleme generate de acest sistem au fost:

- alocarea unei proporții relativ scăzute din PIB
- repartiția inechitabilă a resurselor
- calitatea scăzută a serviciilor de sănătate
- absența concurenței și inițiativei individuale
- exces de unitați spitalicești
- acces insuficient la medicamente moderne
- creșterea inechității în furnizarea asistenței medicale între regiuni și între diferite grupuri populaționale

Starea de sănătate a populației, evaluată prin indicatori sintetici se prezenta astfel:

- **speranța de viață la naștere în anul 1989 era una dintre cele mai scăzute din Europa, respectiv 69,56 ani;**
- **mortalitatea infantilă înregistra 26,9 decese 0-1 an la 1000 de născuți vii, România ocupând, din acest punct de vedere, unul din primele locuri din Europa;**
- **mortalitatea generală a fost în același an de 10,9 decese generale la 1000 locuitori, România situându-se astfel printre țările cu cel mai ridicat nivel din Europa.**

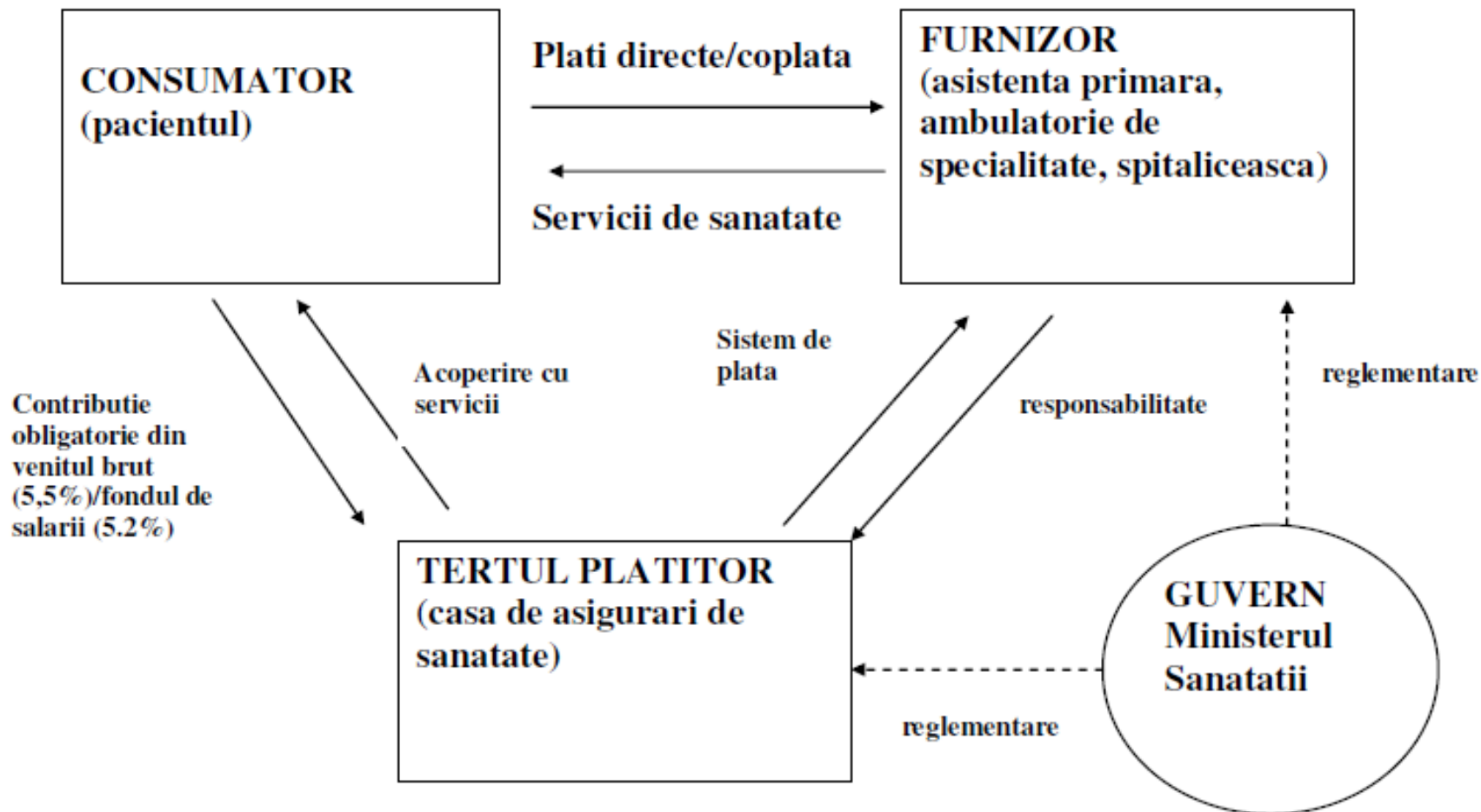
CARACTERISTICI ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA ÎNTRE ANII 1990-1998

- După anul 1990 și până în anul 1998 a existat un sistem dualist de finanțare: finanțare de stat – buget plus finanțare complementară – fond special de sănătate (Ordonanța nr.22/1992), precum și finanțare externă – împrumut de la Banca Mondiala (Legea nr. 71/1991), fonduri Phare și donații.

CARACTERISTICI ALE SISTEMULUI ACTUAL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA FINANȚAREA

- În conformitate cu Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate nr. 145/1997, completată cu Ordonanța M.S. 150/2002 și înlocuită prin legea 95/2006 privind reforma din domeniul sănătății, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației în România.
- Pot fi organizate și societăți private de asigurări de sănătate sau alte forme de asigurări de sănătate care acoperă riscuri individuale, acestea nefiind însă obligatorii.
- Asigurările de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor precum și a dreptului alegerii libere de către asigurat a medicului și a unității sanitare.
- Legea 145/1997 a modificat sistemul de finanțare a serviciilor de sănătate din România, fiind înlocuit modelul finanțat preponderent prin impozite generale cu modelul bazat pe contribuții de asigurare, obligatorii. Acestea sunt legate de veniturile realizate, fiind plătite lunar în proporții inegale de angajat (sub forma unei cote de 5,5% din salariu) și de angajator (sub forma unei cote de 5,2% din fondul de salarii).
- Fondurile asigurărilor de sănătate sunt constituite din contribuția angajaților, persoanelor fizice și juridice care angajează personal salariat, precum și prin subvenții de la bugetul de stat sau alte surse

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate - România



CATEGORII DE PERSOANE ASIGURATE

- Asigurările de sănătate sunt obligatorii pentru cetățenii români cu domiciliul în țară precum și pentru cetățenii străini și apatrizii care au reședința în România.

- Facultativ se pot asigura:

- a) membrii misiunilor diplomatice acreditate în România;
- b) cetățenii străini și apatrizii care se află temporar în țară
- c) cetățenii români cu domiciliul în străinătate care se află temporar în țară.

- Persoanele care nu sunt salariate și care nu se regăsesc în nici una din situațiile menționate, dar care au obligația să se asigure potrivit legii, trebuie să comunice direct Casei Asigurărilor de Sănătate teritoriale, veniturile impozabile în vederea stabilirii contribuției pentru sănătate.

CATEGORII DE PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE ASIGURAREA DE SĂNĂTATE FĂRĂ PLATA CONTRIBUȚIEI:

- toți 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, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;
- tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, inclusiv cei care părăsesc sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social
 - femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară
 - persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă;
 - bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate care nu realizează venituri ,
 - soțul, soția, părinții fără venituri proprii aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
 - persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin lege (persoanele persecutate din motive politice, etnice, veteranii de război, invalizii și văduvele de război, răniții din timpul Revoluției din decembrie 1989).

CATEGORII DE PERSOANE CARE AU CALITATEA DE ASIGURAT FĂRĂ PLATA CONTRIBUȚIEI (PE PERIOADE LIMITATE):

- se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale
 - se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani
 - persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj
 - pensionarii, pentru veniturile din pensii până la limita supusă impozitului pe venit
 - cei care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv
 - cei care fac parte dintr-o familie care beneficiază de ajutor social.
 - sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane și se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității

Drepturile asiguraților

- să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură;
- să fie înscriși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;
- să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală;
- să efectueze controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

Drepturile asiguraților

- să beneficieze de servicii medicale de urgență;
- să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică;
- să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;
- să beneficieze de dispozitive medicale;
- să beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;
- să aibă dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale;
- să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate ;
- să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor

Obligațiile asiguraților

- a) să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- c) să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită 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 care atestă calitatea de asigurat.

ORGANIZAREA ÎNGRIJIRILOR MEDICALE

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Se acordă în cadrul cabinetelor medicale autorizate și/sau acreditate, potrivit dispozițiilor legale de către medicul de familie și personalul mediu sanitar acreditat.

Serviciile medicale acordate la acest nivel sunt:

- a) Serviciile medicale esențiale** - sunt acele servicii, definatorii pentru domeniul de competență al asistenței medicale primare, care sunt oferite de toți medicii de familie în cadrul consultației medicale
- intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale;
 - asistența curentă a solicitărilor acute;
 - monitorizarea bolilor cronice, care cuprinde: supraveghere medicală activă pentru cele mai frecvente boli cronice, prescripții de tratament medicamentos și/sau igienodietetic, coordonarea evaluărilor periodice efectuate de către medici de altă specialitate decât cea de medicină de familie;
 - servicii medicale preventive, precum: imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, depistare activă a riscului de îmbolnăvire pentru afecțiuni selecționate conform dovezilor științifice, supraveghere medicală activă, la adulți și copii asimptomatici cu risc normal sau ridicat, pe grupe de vârstă și sex.

b) Serviciile medicale extinse :

- a) servicii speciale de consiliere;
- b) planificare familială;
- c) unele proceduri de mică chirurgie;
- d) servicii medico-sociale: îngrijiri la domiciliu, îngrijiri terminale.

c) Serviciile medicale adiționale

reprezintă manopere și tehnici însușite de medicii practicieni, certificate prin atestate de studii complementare și/sau care necesită dotări speciale.

Finanțarea medicinei de familie

- a) contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru serviciile esențiale, extinse și adiționale
- b) contracte încheiate cu societățile de asigurări private de sănătate
- c) contracte pentru servicii furnizate în cadrul programelor de sănătate publică
- d) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru servicii de medicină comunitară;
- e) contracte încheiate cu terți, pentru servicii aferente unor competențe suplimentare;
- f) plata directă de la consumatori, pentru serviciile necontractate cu terți plătitori;
- g) coplata aferentă unor activități medicale;
- h) contracte de cercetare;
- i) contracte pentru activitatea didactică în educația universitară și postuniversitară;
- j) donații, sponsorizări;
- k) alte surse, conform dispozițiilor legale, inclusiv din valorificarea aparaturii proprii, uzată fizic sau moral.

**ASISTENȚA MEDICALĂ
AMBULATORIE DE SPECIALITATE**

- se asigură de medici de specialitate și medici stomatologi, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin: cabinete medicale, unități sanitare ambulatorii de specialitate, ambulatorii de specialitate și ambulatorii integrate din structura spitalelor, societăți de turism balnear și de recuperare, laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică.

ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SPITALELOR

Asistența medicală spitalicească

- se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și evaluate conform legii, în regim de spitalizare continuă sau spitalizare de zi.
- Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

Clasificarea spitalelor

- pe ***criteriul teritorial***
 - în spitale regionale
 - spitale județene
 - spitale locale (municipale, orășenești sau comunale).
- în ***funcție de specificul patologiei***
 - spitale generale
 - spitale de urgență
 - spitale de specialitate
 - spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.
- în ***funcție de regimul proprietății***
 - a) spitale publice, organizate ca instituții publice;
 - b) spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat;
 - c) spitale publice în care funcționează și secții private.
- ***din punct de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale***
 - a) spitale clinice cu secții universitare;
 - b) institute.

Definiții

- **spitalul regional** - spitalul clinic județean care deține competențele și resursele umane și materiale suplimentare necesare, în vederea asigurării îngrijirilor medicale complete pentru cazurile medicale complexe, mai ales în cazul urgențelor și al pacienților aflați în stare critică, pentru cazurile ce nu pot fi rezolvate la nivel local, în spitalele municipale și orășenești, la nivelul județului respectiv, precum și pentru toate cazurile din județele arondate, ce nu pot fi rezolvate complet la nivelul spitalelor județene, din cauza lipsei de resurse materiale și/sau umane sau din cauza complexității cazului, în conformitate cu protocoalele în vigoare;
- **spitalul județean** - spitalul general organizat în reședința de județ, cu o structură complexă de specialități medico-chirurgicale, cu unitate de primire urgențe, care asigură urgențele medico-chirurgicale și acordă asistență medicală de specialitate, inclusiv pentru cazurile grave din județ care nu pot fi rezolvate la nivelul spitalelor locale;
- **spitalul local** - spitalul general care acordă asistență medicală de specialitate în teritoriul unde funcționează, respectiv municipiu, oraș, comună;

Definiții

- **spitalul de urgență** - spitalul care dispune de o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate pentru teritorii extinse. În structura spitalului de urgență funcționează obligatoriu o structură de urgență (U.P.U., C.P.U.) care, în funcție de necesități, poate avea și un serviciu mobil de urgență - reanimare și transport medicalizat;
- **spitalul general** - spitalul care are organizate în structură, de regulă, două dintre specialitățile de bază, respectiv medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală;
- **spitalul de specialitate** - spitalul care asigură asistență medicală într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare;
- **spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice** - spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei. Bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale vor fi preluați de unitățile de asistență medico-socială, precum și de așezămintele de asistență socială prevăzute de lege, după evaluarea medicală

Definiții

- **spitalul clinic** - spitalul care are în componență secții clinice universitare care asigură asistență medicală, desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifică-medicală și de educație continuă, având relații contractuale cu o instituție de învățământ medical superior acreditată. Institutele, centrele medicale și spitalele de specialitate, care au în componență o secție clinică universitară sunt spitale clinice.
- **secțiile clinice universitare** - secțiile de spital în care se desfășoară activități de asistență medicală, învățământ medical, cercetare științifică-medicală și de educație medicală continuă (EMC). În aceste secții este încadrat cel puțin un cadru didactic universitar, prin integrare clinică.
- **institutele și centrele medicale clinice** - unități de asistență medicală de specialitate în care se desfășoară și activitate de învățământ și cercetare științifică-medicală, de îndrumare și coordonare metodologică pe domeniile lor de activitate, precum și de educație medicală continuă;

Definiții

- **unitățile de asistență medico-socială** - instituții publice specializate, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico-sociale;
- **sanatoriul** - unitatea sanitară cu paturi care asigură asistență medicală utilizând factori curativi naturali asociați cu celelalte procedee, tehnici și mijloace terapeutice;
- **preventoriul** - unitatea sanitară cu paturi care asigură prevenirea și combaterea tuberculozei la copii și tineri, precum și la bolnavii de tuberculoză stabilizați clinic și necontagioși;
- **centrele de sănătate** - unități sanitare cu paturi care asigură asistență medicală de specialitate pentru populația din mai multe localități apropiate, în cel puțin două specialități.

Finanțarea spitalelor

- Spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare.
- Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii.
- Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului public cu casa de asigurări sociale de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli
- Spitalele publice primesc, în completare, sume de la bugetul de stat sau de la bugetele locale, care vor fi utilizate numai pentru destinațiile pentru care au fost alocate,
 - a) de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății precum și prin bugetul Ministerului Educației și Cercetării, pentru spitalele clinice cu secții universitare;
 - b) de la bugetul propriu al județului, pentru spitalele județene;
 - c) de la bugetele locale, pentru spitalele de interes județean sau local.

- **Bugetul de stat suportă cheltuieli privind:**

- a) desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate;
- b) dotarea cu echipamente medicale
- c) investiții legate de construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție;
- d) expertizarea, transformarea și consolidarea construcțiilor grav afectate de seisme și de alte cazuri de forță majoră;
- e) modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente, precum și efectuarea de reparații capitale;
- f) activități specifice unităților și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- g) activități didactice și de cercetare;
- h) alte cheltuieli curente și de capital.
 - **Bugetele locale**
 - participă la finanțarea unor cheltuieli de întreținere, gospodărire, reparații, consolidare, extindere și modernizare a unităților sanitare publice, de interes județean sau local

- **Surse de venituri suplimentare** pentru spitalele publice:
 - a) donații și sponsorizări;
 - b) legate;
 - c) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică;
 - d) închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii;
 - e) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici;
 - f) editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical;
 - g) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți;
 - h) servicii de asistență medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienților;
 - i) contracte de cercetare;
 - j) alte surse, conform legii.

ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ ȘI DE TRANSPORT SANITAR

- se acordă și se efectuează de către unități medicale specializate care acordă îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență.
- Asistența medicală de urgență în prespital va fi organizată astfel încât timpul maxim de sosire la locul intervenției de la apelul de urgență să nu depășească:
 - a) 15 minute, pentru echipajele de urgență sau de terapie intensivă, în zonele urbane, la cel puțin 90% din cazurile de urgență;
 - b) 20 de minute, pentru echipajele de urgență sau de terapie intensivă, în zonele rurale, la cel puțin 75% din cazurile de urgență.

**FONDUL NAȚIONAL UNIC DE
ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE**

Utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

- **plata medicamentelor și a serviciilor medicale acordate**
- **pentru cheltuieli de administrare și funcționare.**
- **pentru susținerea bugetelor caselor de asigurări din județele cu dezechilibre financiare, casele de asigurări județene, prin fondul de redistribuire, varsă în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate o cotă de 7% din încasările lunare.**
- **fiecare casă județeană își utilizează 5% pentru fondul de rezervă.**

Fondurile rămase nefolosite la sfârșitul anului se reportează în anul următor pentru a fi folosite în scopul de mai sus.

Conform unor reglementări stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, potrivit criteriilor prevăzute în contractul de asigurare, asigurații trebuie să suporte plăți suplimentare privind costul medicamentelor și al unor servicii medicale.

Servicii medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

- ***Servicii medicale profilactice***

- a) monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului;
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor care pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- d) servicii medicale din cadrul Programului național de imunizări;
- e) servicii de planificare familială, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

Servicii medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

- ***Serviciile medicale stomatologice preventive*** se suportă din fond:
 - a) trimestrial, pentru copiii până la vârsta de 18 ani, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la grădiniță, fie la instituțiile de învățământ preuniversitar;
 - b) de două ori pe an, pentru tinerii în vârstă de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă.
- Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul la control medical anual pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru

Servicii medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

- ***Servicii medicale curative***
- a) serviciile medicale de urgență;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneză, examen clinic, examene de investigații paraclinice;
- c) tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și cel igienico-dietetic.

Servicii medicale care nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

- a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizarea in vitro, cu excepția cazurilor prevăzute în subprogram

Servicii medicale care nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în Programul Național, aprobat de Agenția Națională de Transplant și CNAS;
- j) asistența medicală la cerere;
- k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
- l) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale;
- m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie;
- o) serviciile nemedicale efectuate în unități medico-sociale;
- p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și al cabinetelor de medicină a muncii;
- q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi.

ASIGURĂRILE VOLUNTARE DE SĂNĂTATE

Tipuri de asigurări voluntare

- Asigurările voluntare de sănătate pot fi asigurări de tip complementar și suplimentar.
 - Asigurările voluntare de sănătate de **tip complementar** suportă total sau parțial plata serviciilor neacoperite parțial din pachetul de servicii medicale de bază, coplăți.
 - Asigurările voluntare de sănătate de **tip suplimentar** suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii necuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii medicale specificate în polița de asigurare.
- Sunt eligibile pentru serviciile oferite de sistemul de asigurări voluntare de sănătate orice persoane, cetățeni români, cetățeni străini sau apatrizi care au dreptul la pachetul de servicii medicale de bază în temeiul asigurărilor sociale de sănătate