



SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DEPARTAMENTUL PENTRU RELATIA CU PARLAMENTUL

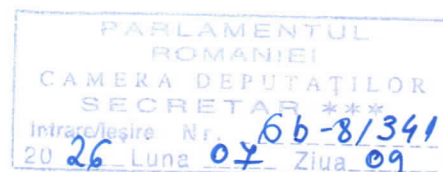
B-dul Primăverii nr. 22, sector 1, București. Tel: 0213143400 int.3000. Email: drparlament@gov.ro

**Nr. 8015, 8018, 8020, 8021, 8023, 8024, 8025, 8026, 8027, 8034, 8035, 8036,
8079, 8221, 8003, 8012, 8135/2026**

06-07-2026

**Către: Doamna Deputat Oana MURARIU
Secretar al Camerei Deputaților**

Ref.la: Răspunsuri la întrebări/interpelări formulate de deputați



Stimată doamnă secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări/interpelări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu deosebită considerație,

NINI SĂPUNARU

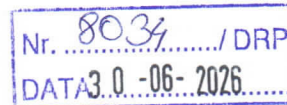
SECRETAR DE STAT



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

- 4161A -

Nr. AFR 3873/15.05.2026



Stimate domnule deputat,

Referitor la întrebarea dvs. privind “Precizări privind numărul de persoane din județul Suceava neasigurate la sistemul public de sănătate – conținutul pachetului minimal de servicii”, vă comunicăm următoarele:

Prin Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare, dispozițiile art. 224 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, au fost modificate în sensul extinderii bazei de calcul al contribuției, prin includerea unor noi categorii de venituri, precum și prin instituirea obligației de plată în sarcina unor persoane care anterior erau exceptate de la această contribuție.

În ceea ce privește persoanele neasigurate, în conformitate cu prevederile stipulate la art. 1 din anexa nr. 51 la Ordinul 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, bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, cu excepția bolnavilor cu afecțiuni oncologice beneficiari ai programelor naționale de sănătate și a bolnavilor înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de următoarele servicii:

a) servicii din pachetul minimal de servicii medicale acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;



R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

b) servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, acordate în cadrul programului național de sănătate al căror beneficiari sunt;

c) servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază care stau la baza acordării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea, prevăzute la lit. b).

În conformitate cu dispozițiile art. 232 alin. (1), alin. (3¹) - (3⁴) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt prevăzute următoarele:

- persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale;

- serviciile medicale în asistența medicală primară cuprinse în pachetul minimal de servicii sunt aceleași cu cele cuprinse în pachetul de servicii de bază, cu excepția serviciilor adiționale și a unora dintre activitățile de suport, și sunt stabilite prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia;

- pentru a beneficia de serviciile medicale în asistența medicală primară cuprinse în pachetul minimal de servicii, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au obligația să se înscrie pe lista unui medic de familie;

- persoanele care nu fac dovada calității de asigurat înscrise pe lista unui medic de familie pot să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul-cadru.

Potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, servicii medicale în asistența medicală primară, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție, transport sanitar neasistat și se stabilește prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia; persoanele care nu fac dovada calității de asigurat pot beneficia și de îngrijiri de asistență medicală comunitară în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, aprobate prin hotărâre a Guvernului [art. 221 alin. (1) lit. d)].

În anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, la art. 2, 3 și 4 sunt detaliate serviciile la care au dreptul persoanele neasigurate cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, la nivelul asistenței medicale primare, asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și asistenței medicale spitalicești.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Începând cu luna iulie 2024, în actele normative în vigoare mai sus menționate s-au reglementat unele servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, serviciile pentru diagnosticarea afecțiunii oncologice pot fi acordate persoanelor neasigurate în plus față de serviciile ce sunt cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale.

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, persoanele neasigurate cu suspiciune oncologică beneficiază de următoarele servicii medicale reglementate la nivelul fiecărui segment de asistență medicală:

- La nivelul asistenței medicale primare, pentru persoanele neasigurate și cu suspiciune oncologică, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător (SO), în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru:

- consultații în ambulatoriul clinic de specialitate;
- servicii medicale paraclinice în ambulatoriu;
- servicii medicale în regim de spitalizare de zi.

De asemenea, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice recomandate în cadrul consultațiilor de prevenție.

- La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice

Persoanele neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică beneficiază de consultații medicale acordate în ambulatoriul clinic, de investigații paraclinice acordate în ambulatoriu și servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi, recomandate de medicii de specialitate prin completarea câmpului corespunzător (SO) din formularele biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

Persoanele neasigurate beneficiază în ambulatoriul de specialitate clinic de următoarele consultații și servicii:

- consultații pentru depistarea afecțiunilor oncologice - pe baza biletului de trimitere prin completarea câmpului (SO) pentru serviciile medicale clinice acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare, de la medicul de familie sau alt medic specialist, maximum 2 consultații/trimestru/persoană. Prezentarea pentru a doua consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere;
- proceduri diagnostice (recoltare material biptic, puncție biopsie cu ac, biopsie aspirați vă de măduvă osoasă, puncție biopsie osteo-medulară, puncție biopsie mamară ghidată ecografic, endoscopii).

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic pot elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător (SO) din formularele biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru:

- alt medic specialist;
- servicii medicale paraclinice în ambulatoriu;



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

- servicii medicale în regim de spitalizare de zi
- La nivelul asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanele neasigurate beneficiază de:
 - investigații recomandate de medicul de familie urmare a consultației de prevenție în baza biletului de trimitere pentru investigații preventive,
 - analize de laborator, imagistică (radiografii și ecografii) pentru confirmarea afecțiunii oncologice, acordate pe baza biletului de trimitere emis de medicul de familie sau de medicul specialist, prin completarea câmpului corespunzător «SO» - pentru serviciile medicale paraclinice recomandate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare.

La nivelul asistenței medicale spitalicești, persoanele neasigurate beneficiază de servicii medicale de spitalizare de zi pentru diagnosticare, evaluarea extensiei, evaluarea statusului clinico- biologic recomandate a se efectua în maximum 28 de zile - acordate pe baza biletului de trimitere emis de medicul de familie sau de medicul specialist, prin completarea câmpului corespunzător «SO» - pentru serviciile medicale recomandate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare.

Pentru persoanele neasigurate, serviciile medicale se acordă fără prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

Fondurile pentru decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, se asigură de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare a acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Potrivit dispozițiilor art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, pacienții diagnosticați cu boli oncologice pot beneficia de investigații paraclinice în regim ambulatoriu potrivit ghidărilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate fiind suplimentate după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Conform prevederilor art. 224 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, bolnavii cu afecțiuni oncologice beneficiari de programe naționale de sănătate beneficiază de asigurare, iară plata contribuției, în condițiile art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, până la vindecarea respectivei afecțiuni, în condițiile Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, potrivit alin. (1¹) din articolul mai sus menționat, bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, cu excepția celor prevăzuți la alin. (1) lit. f), care nu realizează venituri dintre cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, acordate în cadrul programelor naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, precum și de serviciile medicale care stau la baza acordării acestora cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidărilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru asigurarea accesului cât mai rapid al persoanelor asigurate la investigații medicale paraclinice, efectuarea investigațiilor paraclinice în vederea monitorizării necesare pacienților se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării persoanelor asigurate diagnosticate cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală se decontează, în cadrul monitorizării, o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.



R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Precizăm faptul că, accesul pacienților la servicii medicale paraclinice acordate în baza biletului de trimitere de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate de pe întreg teritoriul României este garantat indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorii de servicii medicale paraclinice.

În ceea ce privește prevenirea spitalizărilor generate de lipsa accesului la analize și investigații medicale, precizăm că reglementările din actele normative ce guvernează sistemul de asigurări sociale de sănătate au ca scop asigurarea unui acces mai bun la serviciile medicale de prevenție.

În Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, sunt prevăzute atât în pachetul de bază ce se acordă persoanelor asigurate, cât și în pachetul minimal ce se acordă persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice cu impact major asupra stării de sănătate a populației, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ persoanelor înscrise pe lista acestuia.

Actul preventiv reglementat în anexa nr. 2 B a aceluiași ordin, constituie o strategie integrată de menținere și promovare a sănătății pe parcursul întregii vieții, de la nou-născut la adult, de la starea asimptomatică la identificarea riscurilor instalate.

Prevenția se realizează printr-un proces continuu și interactiv între pacient (asigurat și neasigurat) și medicul de familie, structurat temporal și susținut de investigații și intervenții personalizate, j corespunzătoare profilului individual de risc.

În cadrul consultațiilor preventive se disting:

I. Serviciile preventive pentru adulți asimptomatici (adulți între 18 și 39 de ani și cei de 40 de ani și peste), aceste consultații se adresează adulților fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice. Scopul este identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate unor afecțiuni cu impact major asupra sănătății, cum ar fi:

- boli cardiovasculare și metabolice,
- afecțiuni oncologice,
- boală cronică de rinichi,
- afecțiuni hepatice,
- sănătatea mintală,
- sănătatea reproducerii.

II. Serviciile preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulți, acestea se adresează adulților cu vârsta între 40 și 60 de ani și celor peste 60 de ani, înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice.

Scopul este identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni importante, dacă persoana nu este deja diagnosticată cu acestea:

- boli cardiovasculare și metabolice,



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

- cancer,
- boală cronică de rinichi,
- sănătatea mintală,
- sănătatea reproducerii.

Pentru persoanele cu vârsta de peste 60 de ani, medicul de familie urmărește inclusiv depistarea precoce a riscului de demență, a riscului de osteoporoză și a celui de incontinență urinară.

În cadrul serviciilor preventive pentru adulți asimptomatici, precum și în cadrul serviciilor de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulți, medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc, finalizând această evaluare prin completarea riscogramei corespunzătoare grupei de vârstă și sex.

Precizăm, de asemenea, că persoanele care nu pot dovedi calitatea de asigurat beneficiază de investigații paraclinice, care includ atât serviciile recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal, cât și investigațiile necesare pentru persoanele cu suspiciune de afecțiuni oncologice, recomandate de medicii de familie sau de medicii de specialitate din ambulatoriu, în scopul confirmării diagnosticului. De asemenea, sunt incluse testările pentru virusurile hepatitice B și C, precum și pentru virusul HIV în cazul gravidelor, efectuate pe baza recomandării medicilor de familie sau a medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic. Toate aceste investigații se decontează la nivel realizat, chiar dacă a fost epuizată valoarea de contract a furnizorului de servicii medicale paraclinice căruia i s-a adresat pacientul.

Persoanele neasigurate pot accesa site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vederea obținerii de informații necesare pentru asigurarea accesului la servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. În secțiunea „Informații asigurați”, se regăsește documentul „Ghidul asiguratului”, elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Acest ghid oferă o sinteză a celor mai relevante informații referitoare la:

- modul de funcționare al sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- serviciile acordate în cadrul acestuia;
- traseul pe care asiguratul trebuie să îl urmeze pentru a beneficia de servicii medicale.

Totodată, în cadrul documentului „Ghidul asiguratului”, la secțiunea „Teme speciale”, sunt prezentate:

- Măsuri pentru gravide;
- Cărdul european de sănătate și rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări;
- Programele naționale de sănătate curative;
- Pachetele de servicii medicale destinate prevenirii și combaterii cancerului, și anume:

- pachetul de servicii medicale acordate persoanelor asigurate, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului;
- pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în temeiul aceleiași legi.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Referitor la datele statistice referitoare la persoanele asigurate / co-asigurate / neasigurate la nivelul județului Suceava în anul 2025, precizăm următoarele:

1. 528.588 persoane cu domiciliul în județul Suceava aveau calitate de asigurat la data de 30.06.2025

2. 23.506 persoane cu domiciliul în județul Suceava au pierdut calitatea de asigurați după intrarea în vigoare a Legii nr. 141/2025.

3. 295.752 persoane cu domiciliul în județul Suceava sunt în prezent neasigurate.

Cu deosebită considerație,

SECRETAR DE STAT
DR. STELA FIRU

Camera Deputaților
Domnului deputat Ioan Balan