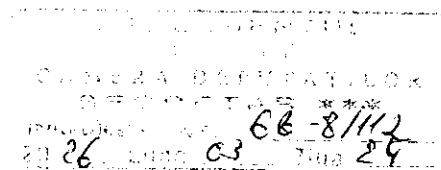




Nr. 3152, 3153, 3154, 3163, 3164, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3161, 3162, 2973, 3092, 3104, 1956, 3107, 3112 /2026

20 -03- 2026

**Către: Doamna 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



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
DIRECTOR GENERAL

Calea Călărașilor, nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
E-mail: director.general@cnas.gov.ro Tel. 0372.309.274; Fax: 0372.309.288

4196A

KG 1999/14 01 2026

Către

SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DEPARTAMENTUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL

Domnului secretar de stat, Nini SĂPUNARU

Urmare adresei dumneavoastră nr. 2013/26.02.2026, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate/Cabinet Președinte cu nr. HRM 1559/26.02.2026, prin care transmiteți întrebările formulate de deputați în perioada 19-25.02.2026, adresate instituției noastre, cu referire la întrebarea domnului deputat George-Nicolae SIMION, grupul parlamentar AUR, vă comunicăm următoarele:

Activitatea furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate este reglementată la data prezentei prin următoarele acte normative:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- Hotărârea 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;

- 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.

Prin Hotărârea 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, este reglementată activitatea medicilor care își desfășoară activitatea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, potrivit prevederilor:

- art. 29 (3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 23 alin. (3) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 32 alin. (2).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

• art. 86 (1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

(...) j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

(...) m) declarație pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 87 alin. (2); medicii prevăzuți la art. 87 alin. (2) vor da o declarație pe proprie răspundere cu privire la unitățile sanitare în care își desfășoară activitatea și programul de lucru aferent pentru fiecare unitate sanitară, cu obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare. (...)

• art. 87 (1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență. Spitalele din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(2) Fiecare medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, în condiții de siguranță și calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea prevederilor referitoare la timpul de muncă și timpul de odihnă din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin*) al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, și un reprezentant al autorităților administrației publice locale.

Cu privire la mecanismele de verificare și control în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, vă comunicăm următoarele:

Casa Națională de Asigurări de Sănătate desfășoară activități de control în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin Direcția Generală Control și Antifraudă și structurile teritoriale de control, potrivit prevederilor Ordinului președintelui CNAS nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Prin actul normativ mai sus menționat este stabilit cadrul metodologic de desfășurare a activității de control din domeniul asigurărilor sociale de sănătate, obiectivul principal al acțiunilor de control desfășurate la nivelul furnizorilor de servicii medicale vizând verificarea respectării de către aceștia a obligațiilor contractuale stabilite în cadrul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Totodată, în cadrul acțiunilor de control efectuate de către structurile de control din cadrul CAS/CNAS este verificată și existența și corectitudinea întocmirii documentelor justificative existente la nivelul furnizorilor de servicii medicale, privind serviciile prestate/sumele solicitate caselor de asigurări de sănătate și care stau la baza raportărilor/plății sumelor solicitate caselor de asigurări de sănătate, precum și verificarea respectării programului de lucru al personalului medical, care își desfășoară activitatea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, program declarat în cadrul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu CAS.

Precizăm faptul că, pentru continuarea monitorizării aspectelor mai sus menționate, respectiv în vederea verificării respectării obligațiilor contractuale, precum și a programului de lucru al personalului medical declarat în cadrul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, CNAS a solicitat caselor de asigurări de sănătate județene, Casei de asigurări de sănătate a Municipiului București și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, efectuarea, în perioada 25.02-31.03.2026, de acțiuni de control la nivelul furnizorilor de servicii medicale în cadrul cărora se regăsesc medici care își desfășoară activitatea atât la nivelul furnizorilor de servicii medicale publici, cât și la furnizorii de servicii medicale privați.

În acest context, precizăm că, în această perioadă, atât CNAS, cât și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București (CAS MB), au efectuat acțiuni de control comune la nivelul mai multor furnizori de servicii medicale aflați în relație contractuală cu CAS MB, în scopul identificării serviciilor raportate de către medicii care desfășoară activitate atât la furnizorii de servicii medicale din sistemul public, cât și la furnizorii de servicii medicale din sistemul privat, rezultatele urmând a fi valorificate după finalizarea acțiunilor de control, urmând a fi dispuse măsurile legale ce se impun, potrivit legii.

Cu deosebită stimă,

DIRECTOR GENERAL,

Liliana Maria MIHAI

