



UNIUNEA EUROPEANĂ

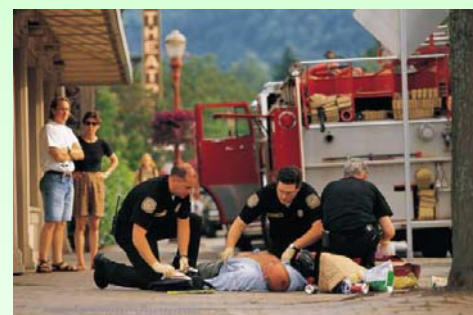
Proiect finanțat prin Phare



GHID DE ORIENTARE



ÎN SISTEMUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE



2004

CUVÂNT ÎNAINTE

Sistemul Serviciilor de Sănătate reprezintă fără îndoială unul din sectoarele societății care a înregistrat una din cele mai complexe și intense dinamici a transformărilor.

Din anul 1997, anul legiferării inițiale a Sistemului Asigurărilor Sociale de Sănătate – urmat de inițierea primelor contracte în toamna anului 1999 – consumatori, furnizori și decidenți ai politicilor de sănătate sunt angrenați într-un proces de continuă schimbare, determinată de așteptări și nevoi mereu crescânde, de aspirațiile de a asimila rapid progresele tehnologiei medicale și în același timp de a face față constrângerilor economice specifice tranziției .

Odata cu creșterea exponentială a reglementărilor ce guvernează funcționarea sistemului și a volumului de informație ce trebuie generat, procesat , stocat și vehiculat în activitatea sanitară , comunicarea, informarea și participarea actorilor majori ai sistemului (beneficiari – furnizori –finanțatori) devine din ce în ce mai mult o provocare și ...nu de puține ori ... și unii și alții se simt izolați, neînțeleși și neputincioși.

Ghidul de Orientare în Sistemul Asigurărilor Sociale de Sănătate reprezintă o încercare de a veni în sprijinul tuturor celor care se confruntă cu neputința de a gestiona cantitatea și complexitatea informației referitoare la funcționarea Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate și, înainte de toate, se dorește a fi un instrument care să faciliteze informarea și integrarea în acest sistem a categoriilor de populație expusă marginalizării, din Municipiul Cluj-Napoca și al Județului Cluj.

Lucrarea a fost realizată în cadrul Proiectului „Model De Cooperare Intersectoriala Pentru Servicii Medico-Sociale”, cu sprijinul financiar al Uniunii Europene prin Programul PHARE.

Proiectul a fost dezvoltat în cadrul **Grupului Local de Parteneriat Cluj-Napoca** , rețea informală de cooperare între instituții publice și organizații neguvernamentale din domeniul medico-social , inițiată în anul 2002 de către Primăria Municipiului Cluj-Napoca în cadrul Programului Dezvoltarea Societății Civile 2000 – Componenta Dezvoltare Instituțională și a fost implementat de către **Fundația Centrul de Servicii de Sănătate** începând cu luna aprilie 2003.

Scopul fundamental al Proiectului a fost de a realiza un cadru de mobilizare a resurselor instituționale și neguvernamentale dedicate asistenței sociale și medico-sociale în Municipiul Cluj-Napoca, prin crearea unui sistem deschis de cooperare intersectorială și interdisciplinară în acest domeniu.

Acest Ghid a fost realizat simultan cu o altă broșură , intitulată “ **Ghidul Serviciilor Sociale** “, cele două publicații completându-se reciproc, în intenția noastră de a ilustra complementaritatea Medical -Social, Servicii Publice- Societate Civilă și de a scoate în evidență potențialul de valorificare a tuturor resurselor de solidaritate și competență în domeniul asistenței medico-sociale din comunitatea clujeană.

Obiectivele Proiectului vizate prin aceste publicații sunt : facilitarea accesului și orientarea persoanelor aparținând categoriilor vulnerabile pentru servicii sociale și social medicale integrate și sporirea capacității de acoperire și răspuns la nevoile specifice ale grupurilor aflate în pericol de marginalizare.

De asemenea, sperăm că **Ghidul de Orientare în Sistemul Asigurărilor Sociale de Sănătate** va contribui la optimizarea capacității de comunicare și informare a populației prin serviciile publice, constituind totodată un răspuns la cele mai frecvente întrebări ale asiguraților, populației și ale societății civile privind funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Acest ghid este adresat opiniei publice generale și mai ales potențialilor beneficiari direcți ai serviciilor rețelei de asistență medicală la nivelul Municipiului Cluj-Napoca . Publicația va fi distribuită în toate unitățile sanitare dar și prin instituții și organizații care prin specificul lor vin în contact cu persoane aflate în

dificultate (autorități publice locale și județene, presă , școli, biserici, poliție, instituții din subordinea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei , organizații neguvernamentale).

Dorim sa aducem multumirile noastre
***Dlui Daniel Horvath – consilier Relații Publice al
CASJ Cluj,*** autor principal al materialului din
această publicație .

De asemeni, multumim *D-lor Ovidiu Vlaicu și D-
lui Dr. Răzvan Repede* din partea *CASJ Cluj* și *Dnei
Dr. Marcela Vidican* - din partea *Asociației Cluj a
Medicilor de Familie* pentru contribuția adusă la
finalizarea acestui document .

Nu în ultimul rând, dorim să mulțumim
*Dnei Ec. Emilia Groza – Președinte Executiv
al CASJ Cluj* pentru suportul instituțional pe care l-a
oferit în realizarea acestui material .

Coordonator Program
Dr. Mihaela Beuran
Fundația Centrul de Servicii de Sănătate

CUPRINS

Asigurările sociale de sănătate – definiție, principii	1
Ce înseamnă și cum se obține calitatea de asigurat	3
Persoane care beneficiază de asigurarea medicală fără plata contribuției	5
Cum se poate pierde calitatea de asigurat	6
Obligațiile asiguraților	8
Servicii medicale care nu sunt plătite de către casele de asigurări	9
Drepturile asiguraților	10
Asistența medicală primară	10
Ambulatoriul de specialitate	10
Servicii medicale spitalicești	11
Servicii medicale de urgență și transport sanitar	11
Servicii de îngrijiri la domiciliu	11
Unitatea de recuperare reabilitare	12
Medicamente gratuite și compensate	12
Proteze, orteze și dispozitive medicale	13
Servicii stomatologice	13
	13
Accesarea diferitelor servicii medicale	14
Serviciile preventive	14
Examenul de bilanț	14
Imunizările (vaccinările)	15
Supravegherea sarcinii și lăuziei	15
Urgențele	16
Circuitul asiguratului în caz de boală	16
Restricții	16
Comunicarea cu CAS Cluj	18

“Solidaritatea nu începe doar atunci când cineva are nevoie de asistență medicală”

Ce înseamnă să fii asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

DEFINIȚIE

Asigurările sociale de sănătate reprezintă **principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației** care asigură acordarea unui pachet de servicii de baza.

PRINCIPII

Principiile pe bază cărora funcționează sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt:

- **alegerea liberă a casei de asigurări de sănătate – cu alte cuvinte, dumneavoastră aveți dreptul de a hotărî fără constrângeri Casa de asigurări la care doriți să plătiți contribuția la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (CAS din județul de reședință, Casa Transportatorilor sau Casa Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești)**
- **solidaritatea și subsidiaritatea în colectarea și utilizarea fondurilor – poate unul dintre cele mai importante principii, pe care se fundamentează sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este solidaritatea înțeleasă ca și efort colectiv pentru ajutorarea celor aflați în**

nevoie la un moment dat – fiecare dintre noi participă, după posibilități, la formarea fondului de sănătate; atunci când unul dintre noi are nevoie de asistență medicală folosim banii adunați de la toți cei care contribuie pentru a ajuta persoana respectivă; astfel fiecare dintre noi contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a celor din jur la fel cum cei din jurul nostru contribuie la îmbunătățirea stării noastre de sănătate atunci când suntem bolnavi.

ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE SUNT OBLIGATORII.

- ***alegerea liberă de către asigurați a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu și a unității sanitare*** – nimeni nu poate fi constrâns în a opta pentru un medic sau altul ci are posibilitatea de a-și alege medicul care întrunește cel mai bine calitățile pe care le consideră necesare.
- ***participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate*** – solidaritatea nu începe doar atunci când eu am nevoie de asistență medicală; pentru ca fiecare dintre noi să aibă acces la asistența medicală trebuie ca toți cei care au obligația plății la fond să respecte această obligație; cei care fug de această responsabilitate nu fac altceva decât să beneficieze de asistență medicală atunci când au nevoie, iar când altcineva are, la rândul lui, nevoie de îngrijiri medicale să refuze să participe la efortul colectiv de ajutorare; nu este corect să apelăm, din cauza costurilor ridicate ale actului medical, la principiul solidarității doar atunci când avem nevoie.
- ***participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate*** – altfel spus, avem dreptul, dar și responsabilitatea, de a participa, prin reprezentanți, la gestionarea banilor care sunt utilizați pentru îngrijirea sănătății.

Astfel Consiliul de Administrație al CAS Cluj este alcătuit din din **9 membri**, desemnați după cum urmează: **unul de consiliul județean**, respectiv de Consiliul General al Municipiului București; **unul de prefect**, la propunerea direcției de sanatare publica județene, respectiv a Direcției de Sanatare Publica a Municipiului București; **3 de asociatiile patronale** reprezentative la nivel national, desemnati prin consens; **3 de confederatiile sindicale** reprezentative

la nivel national, desemnati prin consens; **și presedintele**, care este directorul general al casei de asigurari.

- **acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat** – acest principiu vorbește despre acordarea unui pachet de servicii medicale de bază – adică de o ofertă care conține un număr fix de servicii medicale, din fiecare tip de asistență medicală (consultații medic de familie, consultații medic specialist medicamente, analize, spitalizare etc.) de care beneficiază toți asigurații
- **transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate** – adică toate activitățile legate de strângerea banilor și de cheltuirea lor pentru îngrijiri medicale trebuie să fie aduse la cunoștința tuturor celor implicați – adică asigurați, angajatori, medici, personal sanitar, presa etc.

Principiile legislației din domeniul asigurărilor sociale de sănătate sunt gândite în așa fel încât toate persoanele să se regăsească într-un din categoriile de finite de lege și să beneficieze de asigurarea de sănătate.

CE ÎNSEAMNĂ ȘI CUM SE OBTINE CALITATEA DE ASIGURAT (PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ)

Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii – ceea ce înseamnă că fiecare dintre noi are obligația de a contribui la formarea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate din care se plătesc îngrijirile medicale efectuate fiecăruia dintre noi. Persoana asigurata are obligatia platii unei contributii banesti lunare pentru asigurarile de sanatate, cu exceptia cazului în care se incadreaza in categoriile care benefiicază de asigurare fără plata contribuției. Contributia lunara a persoanei asigurate se stabileste sub forma unei cote de 6,5%, din venituri

Angajatorii la care isi desfasoara activitatea asiguratii au obligatia sa calculeze si sa vireze casei de asigurari o contributie de 7% datorata pentru asigurarea sanatatii

personalului din unitatea respectiva; acestea au obligatia sa anunte casei de asigurari orice schimbare care are loc in nivelul veniturilor.

Pentru beneficiarii indemnizatiei de somaj si ai alocatiei de sprijin contributia se calculeaza si se vireaza, o data cu plata drepturilor banesti asupra carora se calculeaza, de catre cei care efectueaza plata acestor drepturi.

Persoanele care nu sunt salariate, dar au obligatia sa isi asigure sanatatea, sunt obligate sa comunice direct casei de asigurari in a carei raza teritoriala isi au domiciliul veniturile impozabile, in vederea stabilirii si achitarii contributiei de 6,5%.

Spre exemplu o persoană care realizează venituri din agricultură plătește o cota de 6,5% aplicata asupra venitului agricol impozabil declarat anual.

Pentru cetatenii straini care se asigura facultativ contributia la fond se calculeaza prin aplicarea cotei de 13,5% la valoarea a doua salarii de baza minime brute pe tara pentru un pachet de servicii stabilit prin contractul-cadru.

Persoanele care au obligația de a se asigura si nu pot dovedi plata contribuției sunt obligate, pentru a obține calitatea de asigurat, sa achite contribuția legala pe ultimii 3 ani, începând cu data primei solicitări de acordare a serviciilor medicale, calculata la salariul de baza minim brut pe tara.

Spre exemplu o persoană care nu poate face dovada calității de asigurat în ultimii 3 ani de la data primei solicitări de servicii medicale, este obligată să plătească pe ultimii trei ani o sumă egală pe lună cu 7% din salariul minim pe economie (până la 31.12.2002), iar după acea dată 6.5%. O astfel persoană care solicită asistență medicală în luna decembrie 2003 are de plătit retroactiv 4.610.000 lei.

Există și oameni, cu o situație materială dificilă sau care beneficiază de prevederile unor legi speciale pe care legea asigurărilor de sănătate îi protejează.

PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE ASIGURAREA MEDICALĂ FĂRĂ PLATA CONTRIBUȚIEI:

- **toți copiii pana la vârsta de 18 ani** și tinerii pana la 26 de ani, daca sunt elevi, ucenici sau studenți si daca nu realizează venituri din munca;
- **soțul, soția si parintii** fara venituri proprii, aflați in intretinerea unei persoane asigurate;
- persoanele persecutate din motive politice de dictatura comunistă, precum și cele deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, veteranii de război, persoanele care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii, în perioada 1950-1961, precum și **persoanele prevăzute în Legea nr. 42/1990 pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989**, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii;
- **persoanele cu handicap** care nu realizează venituri din munca, pensie sau alte surse si se afla in îngrijirea familiei;

- **pensionarii** de asigurări sociale, pensionarii militari, pensionarii I.O.V.R. si alte categorii de pensionari;
- **bolnavii cu afecțiuni incluse in programele naționale de sănătate** stabilite de Ministerul Sanatatii si Familiei, daca nu realizează venituri din munca, pensie sau din alte resurse;
- **femeile însărcinate sau lăuzele**, daca nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de baza minim brut pe tara;
- **persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social**, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, persoanele care se afla in executarea masurilor prevăzute in art. 105, 113 si 114 din Codul penal;
- persoanele care se afla in perioada de amânare sau întrerupere a executării **pedepsei private de libertate**, daca nu au venituri.

CUM SE POATE PIERDE CALITATEA DE ASIGURAT

(PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE)

Dacă nu respectă obligația plății contribuție la fondul de sănătate asiguratul este sancționat cu diminuarea pachetului de servicii de bază. *Diminuarea pachetului de servicii de baza are loc după 3 luni de la ultima plata*

Pachetul de servicii medicale de bază cuprinde toată gama de servicii medicale (consultații la medicul de familie și la medicul specialist, analize de laborator, medicamente gratuite și compensate, servicii medicale acordate pe parcursul internării în spital, servicii medicale de îngrijire la domiciliu, servicii de urgență și transport sanitar, proteze, unele servicii stomatologice) care se adresează problemelor majore de sănătate.

a contribuției . În consecința, **persoanele care nu fac dovada calității de asigurat** beneficiază de servicii medicale **numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic (adică a situațiilor în care viața persoanei sau a celor din jur este pusă în pericol)** în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale

Pachetul minimal de servicii medicale conține :

A. Servicii profilactice:

1. Supravegherea gravidei:
2. Servicii de planificare familială:

B. Servicii de urgență (Servicii medicale acordate în situația în care se constată o stare ce pune în pericol echilibrul normal al funcțiilor organismului)

C. Depistare de boli cu potențial endemo – epidemic

O persoană angajată la o firmă care nu plătește contribuția la CAS mai mult de trei luni consecutiv, nu poate rămâne pe lista unui medic de familie și nu mai poate beneficia de pachetul de servicii medicale de bază ci doar de pachetul minimal – adică în caz de urgență.

De asemenea persoanele care nu sunt angajate și nu fac parte dintr-o categorie de asigurați care beneficiază de asigurare fără plata contribuție, și deci au obligația de a se asigura și nu fac acest lucru nu beneficiază decât de pachetul minimal de servicii medicale de bază.

Obligațiile asiguraților

Cele mai importante obligații ale asiguraților sunt :

- **Să se asigure că suma reprezentând contribuția sa și a angajatorului se virează la fondul de sănătate; în cazul în care asiguratul plătește direct această contribuție, plata să fie făcută în termenele stabilite**
- **Să se înscrie pe lista unui medic de familie și să urmeze indicațiile acestuia, atât în ceea ce privește serviciile profilactice, cât și cele curative**
- **Să prezinte dovada calității de asigurat când se prezintă la medic**
- **Să se prezinte la casa de asigurări atunci când au loc modificări în datele de identitate**
- **Să se prezinte la controalele periodice conform programării afișate la cabinetul medicului de familie**
- **Să urmeze tratamentele și indicațiile transmise de personalul medical de specialitate**

EXISTĂ ȘI SERVICII MEDICALE CARE NU SUNT PLĂTITE DE CĂTRE CASELE DE ASIGURĂRI

Contrvaloarea acestora se suportă de către beneficiar, conform tarifelor afișate de furnizorul de servicii medicale. Astfel de servicii sunt :

- **Servicii de sănătate acordate în caz de boli profesionale și accidente de muncă; în aceste situații costurile serviciilor medicale sunt plătite de către angajator**
- **Unele servicii medicale de înaltă performanță stabilite prin lege**
- **Examenе medicale pentru angajare**
- **Examenе medicale pentru sportivi**
- **Diferite adeverințe medicale cu caracter administrativ**
- **Consultațiile la domiciliu de către medicul de familie în afara programului de lucru**
- **Unele servicii stomatologice**
- **Examinări și investigații la cerere, solicitate din inițiativa asiguratului**
- **Intervenții chirurgicale în scop estetic**
- **Servicii hoteliere cu înalt grad de confort**

Drepturile asiguraților

Asigurații beneficiază de asistență medicală:

- primară: medicină de familie (asigurată de medicul de familie)
- ambulatorie de specialitate
- spitalicească
- îngrijiri medicale la domiciliu
- servicii medicale de urgență și transport sanitar
- servicii de recuperare a sănătății
- eliberarea de medicamente în regim gratuit sau compensat
- dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice
- unele servicii stomatologice

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

asigurații au dreptul să-și aleagă singuri medicul de familie

asigurații au acces la serviciile unui medic de familie timp de 24 de ore deoarece în afara orarului de funcționare a cabinetului asistența medicală primară se acordă prin centrele de permanență.

asigurații au dreptul la prescrierea de medicamente gratuite și compensate

asigurații beneficiază de confidențialitate

asigurații beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază

AMBULATORIUL DE SPECIALITATE

Consultația medicală de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate pentru care a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie, cu excepția urgentelor și a consultațiilor de control pentru afecțiunile

confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI

Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații pentru specialitățile sunt cele cuprinse în pachetul de servicii de baza, iar pentru persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale pentru sănătate precum și pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii, serviciile medicale spitalicești sunt cele prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale.

SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR

Se acordă pachetul de servicii medicale de baza în asistența medicală de urgență și transport sanitar. De asemenea beneficiază de transport medicalizat toate urgențele medico-chirurgicale majore

SERVICII DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

Serviciile de îngrijiri la domiciliu se acordă pe baza recomandărilor făcute de către medicul curant ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia. Aceste îngrijiri se adresează persoanelor care și –au pierdut temporar sau definitiv capacitatea de a se deplasa și/ sau de a întreprinde activitățile zilnice de auto-îngrijire.

După spitalizare, un asigurat poate fi îngrijit în continuare la domiciliu de către un cadru mediu sanitar cu care spitalul are contract. Îngrijirile la domiciliu sunt recomandate de către medicul curant și sunt limitate la cele pe care cadrul mediu are competența să le presteze. Un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru o perioadă de maxim 14 zile calendaristice o singură dată pe an

UNITATEA DE RECUPERARE REABILITARE

Asiguratul are dreptul la servicii de reabilitare – recuperare, atât în continuarea unei spitalizări pentru o afecțiune acută, cât și pentru tratarea/recuperarea unei afecțiuni cronice. Durata și ritmul tratamentului se stabilesc de către medicul care recomandă programul de recuperare. Aceste servicii se pot obține pe baza unui bilet de trimitere și sunt plătite de casele de asigurări, pe baza de tarife stabilite prin lege. Pentru programele de recuperare peste o anumită durată, asiguratul trebuie să plătească o anumită parte din costul serviciilor.

MEDICAMENTE GRATUITE ȘI COMPENSATE

Asiguratul are dreptul la rețete gratuite și compensate cu medicamente din Lista medicamentelor compensate sau gratuite stabilită de către CNAS și MSF, cu avizul Colegiului Medicilor și al Colegiului Farmaciștilor. Medicamentele gratuite și compensate pot fi prescrise asiguratului numai de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (medicul de familie pe lista căruia este înscris asiguratul, medici din policlinici sau cabinete de specialitate, medicii din spital - la externare) . Unele medicamente compensate sau gratuite sunt prescrise numai după efectuarea unor investigații sau examinări de specialitate. Prescripțiile medicale pentru bolile pentru care asigurații beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu vor cuprinde 1 - 3 medicamente a căror valoare totală la prețul cu amănuntul **dacă** va depăși 2.000.000 lei, **medicul care a prescris medicamentele va depune lunar la casa de asigurări de sănătate câte un referat de justificare pentru fiecare prescripție medicală care a depășit**

valoarea de 2.000.000 lei. Fac excepție prescripțiile medicale eliberate pentru bolile pentru care asigurații beneficiază de medicamente fără contribuție personală, la care există protocoale terapeutice.

PROTEZE, ORTEZE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE

Asigurații au dreptul la obținerea unor materiale sanitare pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrilor sau suplinirea unor funcții ale organismului, la recomandarea unui medic de specialitate care are contract cu casa de asigurări. Contravaloarea acestora se suportă integral sau parțial din Fondul Asigurărilor Sociale de Sănătate în urma aprobării unei cereri-tip pe care asigurații o depun la Compartimentul Farmaceutic al Casei Județene de Asigurări de Sănătate.

SERVICII STOMATOLOGICE

Asigurații au dreptul să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică, dacă se adresează unui cabinet aflat în relații contractuale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate .

Serviciile medicale stomatologice preventive se suportă de către casele de asigurări, astfel:

- a) trimestrial, pentru copiii **pana la vârsta de 18 ani**, individual sau prin formarea de grupe de profilaxie, fie la gradiniță, fie la instituțiile de învățământ preuniversitar;
- b) de două ori pe an, pentru **tinerii cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani**, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă.

Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor

acordate oricarui asigurat, cat si suma aferenta coplatii, prevazuta la unele servicii ca obligatie de plata pentru asigurat.

Accesarea diferitelor servicii medicale

SERVICIILE PREVENTIVE

1. Examenul de bilanț

Examenul de bilanț este o consultație , de aproximativ 20 minute, prin care medicul Dvs. de familie vă adresează anumite întrebări și efectuează o serie de examinări țintite –cu scopul de a stabili riscul de îmbolnăvire pentru anumite afecțiuni frecvente la grupa Dvs. de vârstă. În funcție de rezultatul acestor examinări vă poate recomanda consultații sau investigații ulterioare și vă poate oferi sfaturi pentru reducerea riscurilor de îmbolnăvire.

■ Examenul de bilanț al sugarului și copilului (0 -18 ani)

Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorie a copilului prin examene de bilanț care trebuie să aibă loc :

- a) la externarea din maternitate
- b) la 1 luna
- c) la 2 luni
- d) la 4 luni
- e) la 6 luni
- f) la 9 luni
- g) la 12 luni
- h) la 15 luni
- i) la 18 luni
- j) anual, după vârsta de 2 ani

În cadrul acestor examinări se apreciază dezvoltarea copilului, și se pot identifica de timpuriu unele probleme de sănătate . Totodată se dau sfaturile necesare pentru alimentație, îngrijire, prevenirea accidentelor, vaccinări.

■ **Controlul medical anual al asiguraților în vârsta de peste 18 ani** pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate.

Pentru efectuarea acestei consultații în general se recomandă să contactați Cabinetul medicului Dvs. de familie în luna aniversării zilei de naștere pentru a vi se comunica ziua și ora la care să vă prezentați la consultație.

2. Imunizările (vaccinările)

Pentru copii, este important ca vaccinările să fie făcute pe cât posibil la vârstele stabilite. Părinții vor duce copilul la vaccinare conform calendarului existent deoarece numai medicul poate stabili o eventuală amânare. Lipsa vaccinării expune copilul la îmbolnăviri care uneori pot fi foarte grave. Toate vaccinările cuprinse în Programul Național de Vaccinări al copiilor sunt suportate de către Casa de Asigurări de Sănătate. În cazul adulților Medicul de Familie va poate sfătui în legătură cu alte vaccinări și regimul de plată al acestora.

3. Supravegherea sarcinii și lăuziei

Acest serviciu presupune luarea în evidență și consultația lunară de către medicul de familie până la patru săptămâni după naștere. În cadrul acestor consultații medicul de familie urmărește dezvoltarea sarcinii pentru a se asigura că sunt depistate din timp toate potențialele riscuri pentru sănătatea mamei și a copilului; totodată părinții primesc sfaturi pentru perioada de naștere și lăuzie. De aceea este foarte important ca femeile să se prezinte la medicul de familie de la primele semne de sarcină; în plus este important ca mama să discute din timp cu medicul de familie opțiunile de înscriere a bebelușului pe lista de asigurați din prima zi de naștere.

Cu excepția *examenului de bilanț al adulților*, toate aceste trei tipuri de servicii preventive sunt accesibile tuturor cetățenilor români, indiferent de calitatea de asigurat.

URGENȚELE

Orice cetățean, indiferent dacă poate sau nu face dovada calității de asigurat, în situațiile în care supraviețuirea imediată este pusă în pericol de o urgență medicală – beneficiază de primul ajutor medical în orice unitate sanitară aflată în imediată apropiere. În acest caz, asistența medicală de urgență specializată se acordă de către Serviciul Județean de Ambulanță și la Unitățile de Primire Urgențe ale spitalelor.

CIRCUITUL ASIGURATULUI ÎN CAZ DE BOALĂ

Când sunteți bolnav, prima persoană la care trebuie să apelați este medicul de familie. Prin competențele sale, acesta tratează anumite suferințe. Pentru celelalte suferințe medicul de familie vă poate trimite la medicul specialist. Medicii specialiști vă pot trimite pentru anumite analize, în cazul în care starea dumneavoastră de sănătate necesită acest lucru, la laborator. În urma acestor consultații vi se stabilește diagnosticul și tratamentul. Dacă starea dumneavoastră de sănătate necesită tratament de durată, mai susținut, sub observația atentă a medicului specialist, se poate decide internarea în spital.

RESTRICȚII

Ce înseamnă de fapt „plafonul” la medicamente și analize medicale ?

■ Plafonul la medicamente

CAS Cluj contractează și decontează servicii medicale și farmaceutice în limita bugetului aprobat de către CNAS. Acest lucru presupune uneori impunerea unor restricții cu privire la cheltuielile cu medicamente gratuite și compensate. Pe o rețetă gratuită sau compensată se pot prescrie unul până la trei medicamente pentru o consultație. Prescripțiile care depășesc o anumită sumă pe rețetă (de ex. două milioane lei pentru anul 2003) trebuie justificate și aprobate prin proceduri speciale.

■ Plafonul pentru analize și investigații

CAS Cluj contractează și decontează servicii medicale și farmaceutice în limita bugetului aprobat de către CNAS. Acest lucru presupune uneori impunerea unor restricții cu privire la cheltuielile referitoare la analizele de laborator. În cazul în care suma aferentă unei luni s-a epuizat, asigurații au posibilitatea de a se înscrie pe listele de așteptare pentru a beneficia de analize în mod gratuit.

Anumite investigații de înaltă performanță (de ex. tomografie computerizată) sunt suportate din FASS numai la indicația medicilor din anumite specialități, necesitând de cele mai multe ori internarea în spital.

COMUNICAREA CU CAS CLUJ

■ **TElVERDE** (*linie telefonică gratuită*) este un serviciu avansat de telefonie, care permite tuturor celor interesați să expună problemele, reclamațiile și sugestiile lor, privind asigurările sociale de sănătate. În plus, apare posibilitatea obținerii datelor cerute și pentru cei care nu au acces la pagina de Web a CNAS sau la poșta electronică și / sau nu se pot deplasa la birourile de informare instituționale.

Serviciul TELVERDE poate fi apelat de la orice linie telefonică ROMTELECOM (analogică sau digitală) și de la orice post telefonic public. În acest ultim caz, nu este necesară introducerea cartelei, deoarece este permis accesul ca și în cazul unui apel de urgență. Acest serviciu este disponibil și la nivelul CAS Cluj încă din anul 2002.

TElVERDE CNAS: 0800.800.950

TElVERDE CAS CLUJ: 0800-8-00974

■ Rezolvarea sesizărilor

Sesizările adresate CAS Cluj sunt înregistrate la registratura instituției (Etaj II, Cam. 219 – între orele 7⁰⁰ – 15³⁰), după care sunt repartizate, în funcție de problema ridicată, serviciului de resort care va răspunde sesizării în termen de maxim 30 de zile.

■ Date de contact:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ

Str. Constanța nr. 5, Cluj-Napoca

0264-407.100; 0264-407.101; 0264-407.102; 0264-407.103; 0264-130313 Fax:

0264-530597,

E-mail: relatiipublice@cascluj.ro , website: www.cascluj.ro

Material editat de
Fundația Centrul de Servicii de Sănătate
în colaborare cu



**Casa de Asigurări de
Sănătate a Județului Cluj**



**Asociația Medicilor
de Familie Cluj**

în cadrul Proiectului
**„Model de Cooperare Intersectorială pentru Servicii
Medico-Sociale”**

Inițiat în aprilie 2003 cu sprijinul financiar al **UNIUNII EUROPENE**
prin **Programul Phare – Dezvoltarea Societății Civile 2000 –**
Componenta Dezvoltare Instituțională.

**Pentru mai multe informații contactați-ne la
Fundația Centrul de Servicii de Sănătate
Str. Constanța nr. 5, Cluj-Napoca
Tel. 40 264 536516
Fax 40 264 536532
E-mail: csscluj@cluj.astral.ro**

Cluj-Napoca
Ianuarie 2004

**Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar
poziția oficială a UNIUNII EUROPENE**