




CNAM
COMPANIA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

Ghidul beneficiarului în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală



 www.cnam.md

 www.facebook.com/CNAM2001

 info@cnam.md

**Produsul Campaniei de comunicare despre
drepturile și obligațiile beneficiarului
în SAOAM „Polița medicală-servicii de sănătate garantate”
Sistemul de Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală**

CUM FUNCȚIONEAZĂ SISTEMUL DE ASIGURARE OBLIGATORIE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA?

Sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (SAOAM) este unul social, destinat populației țării. Sarcina de bază a SAOAM este de a acoperi cheltuielile sectorului de sănătate la prestarea serviciilor de tratament și profilaxie a maladiilor pentru beneficiarii săi - persoanele asigurate de riscul financiar în caz de îmbolnăvire.

La baza SAOAM stă principiul de SOLIDARITATE, potrivit căruia membrii societății achită contribuțiile în funcție de venit și beneficiază de asistență medicală după necesități. Astfel, este respectată triada unui sistem social în care tinerii plătesc pentru cei bătrâni, bogații pentru cei săraci, iar cei sănătoși pentru cei bolnavi!

Într-un sistem social, bazat pe principiul de solidaritate, nu este loc pentru conturi financiare personalizate, cumulative, care ar servi la achitarea serviciilor medicale utilizate pentru sine. Existența acestora nu va mai putea garanta asigurarea financiară în caz de îmbolnăvire a păturilor social-vulnerabile ale societății care necesită asistență medicală. Potrivit datelor din rapoartele CNAM, în perioada copilăriei și la vârsta de pensionare folosim un volum de servicii medicale, costul cărora este cel puțin la nivelul contribuțiilor personale în

perioada activă a vieții sociale! Cei dintre noi care suntem capabili să activăm în câmpul muncii și să plătim primele de asigurare medicală, utilizăm servicii medicale în proporții mult mai mici. Bani cotizați pentru asigurarea medicală sunt contribuții pentru cei bolnavi, inclusiv bunicii, părinții și copiii noștri, iar durabilitatea SAOAM ține de respectarea principiilor SOLIDARITĂȚII și OBLIGATIVITĂȚII de către fiecare membru al societății.

Din coșul comun de cotizații, numit fondurile AOAM, sunt acoperite cheltuielile pentru salarizarea lucrătorilor medicali, medicamente și consumabile, serviciile de regie și canalizare ale instituțiilor medico-sanitare contractate pentru oferirea serviciilor medicale, de cazare, alimentație și, parțial, reparația edificiilor medicale, dotarea cu echipamente moderne.

Cu cât vom fi mai mulți în SAOAM, cu atât mai multe servicii și medicamente asigurate vom avea, instituții medicale mai performante și lucrători medicali mai bine plătiți. Calitatea serviciilor medicale depinde direct de contribuțiile noastre în SAOAM.

În 2014, cota persoanelor asigurate a constituit 85,0% din totalul populației.

Acronime

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
AOAM – Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală
SAOAM – Sistemul de Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală
AMU – Asistență medicală urgentă

AMP – Asistență medicală primară
AMS – Asistență medicală spitalicească
AMSA – Asistență medicală specializată de ambulatoriu
SIP – Servicii medicale de înaltă performanță

CUM SUNT REPARTIZAȚI BANII ÎN SAOAM?

În SAOAM banii acumulați din primele de asigurare și contribuția statului sunt repartizați în cinci fonduri:

1. de bază - pentru achitarea serviciilor medicale curente, incluse în Programul unic, la toate nivelurile de asistență: urgentă, primară, ambulatorie, spitalicească, de înaltă performanță, îngrijiri medicale la domiciliu;
2. de rezervă - pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media luată în baza calculării Programului unic pentru anul respectiv; compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate (veniturile așteptate) în fondul de bază;
3. al măsurilor de profilaxie - pentru achitarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, inclusiv imunizări, examene profilactice (screening-uri), activități de promovare a modului sănătos de viață;
4. de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale - pentru achitarea utilajului medical performant și a transportului sanitar specializat, implementarea noilor tehnologii de încălzire, de prelucrare a deșeurilor medicale, de alimentare cu apă, modernizare și optimizare a clădirilor și infrastructurii, implementare a sistemelor și tehnologiilor informaționale;
5. de administrare a sistemului AOAM - pentru întreținerea logistico-financiară a sistemului AOAM, gestionat de CNAM.

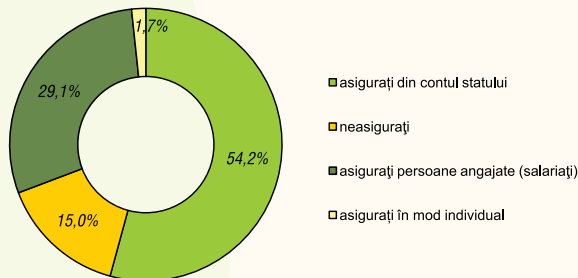


Diagrama 1. Ponderea beneficiarilor SAOAM din totalul populației (2014)

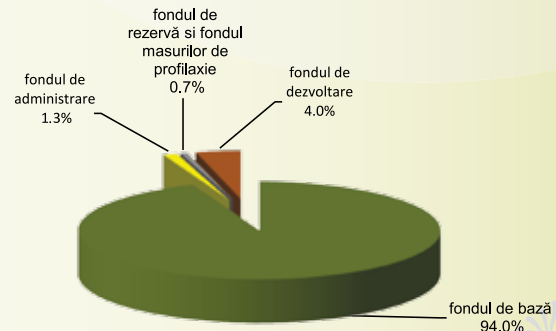


Diagrama 2. Repartizarea cheltuielilor pe fonduri (2014)



BANII SUNT DIRECȚIONAȚI DUPĂ PACIENT

Principiul de bază pentru repartizarea fluxului de bani în SAOAM este direcționarea lor după pacient. Din fondul de bază, CNAM achită costul serviciilor prestate beneficiarilor SAOAM de către instituțiile medicale contractate. Compania nu face diferență dintre prestatorii publici și cei privați de servicii medicale, aceștia sunt contractați în baza ofertelor de servicii care sunt achitate conform tarifelor unice aprobate de Guvernul Republicii Moldova. Prestatorii primesc banii în funcție de volumul, complexitatea serviciilor acordate și performanța înregistrată. Anual, numărul instituțiilor medicale și farmaceutice care doresc să se încadreze în SAOAM crește datorită finanțării garantate. Numărul acestora a atins în 2014 cifra de 673.

În 2014, CNAM a achitat pentru serviciile medicale circa 4 miliarde lei, dintre care 205,9 milioane lei pentru medicamente compensate.

MAI IEFTIN E SĂ PREȚII DECÂT SĂ TRATEZI. INFORMAT ÎNSEAMNĂ PROTEJAT

Profilaxia este mai ieftină decât tratamentul, iată regula fundamentală aplicată în cazul implementării activităților din fondul măsurilor de profilaxie. Principiul este realizat sistemic, de la informarea activă în cadrul campaniilor de comunicare și sensibilizare pentru promovarea unui mod de viață sănătos și continuând cu finanțarea activităților de reducere a riscului de îmbolnăvire.

În fiecare an, CNAM finanțează procurarea vaccinului antigripal, recomandat de Organizația Mondială a Sănătății pentru persoanele cu risc sporit de îmbolnăvire: lucrătorii medicali, colaboratorii vamali, copiii din internate și persoanele instituționalizate în aziluri. Din 2010, CNAM a inițiat, la nivel regional și național, examenele profilactice (screening-urile) cardiovasculare, de depistare precoce a cancerului de col uterin și a glandei mamare, cancerului de prostată și colorectal. Începând cu 2013, sunt finanțate screening-urile pentru depistarea precoce a prediabetului și diabetului zaharat, precum și a bolilor gastro-intestinale.

În 2014, CNAM a achitat pentru realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire și efectuarea screening-urilor 27,6 milioane lei și 4,7 milioane lei pentru promovarea modului sănătos de viață.

ECHIPAMENTE ȘI DOTĂRI MODERNE PENTRU SERVICII MEDICALE DE CALITATE

Serviciile medicale de calitate pot fi oferite doar în condiții adecvate de muncă, cu echipament ce permite diagnosticarea și tratamentul în termene optime. Iată de ce a fost creat fondul de modernizare și dezvoltare a instituțiilor medico-sanitare publice. Din 2010, CNAM a inițiat finanțarea proiectelor investiționale depuse de presatorii publici în scopul dezvoltării și modernizării bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale publice. Din 598 de proiecte investiționale depuse în 5 ani, 268 de proiecte au obținut finanțarea pentru reparația blocurilor medicale, dezvoltarea rețelelor de comunicație, achiziționarea autosanitarelor, mașinilor pentru asistență medicală primară, dotarea laboratoarelor, procurarea ultrasonografelor, fluorografelor, dispozitivelor de angeografie, tomografie etc. Eficiența acestor investiții poate fi măsurată prin atingerea satisfacției beneficiarului SAOAM deservit în instituțiile medicale din toate localitățile rurale și urbane din țară, care sunt dotate și echipate conform așteptărilor.

În 2010-2014, CNAM a investit în dezvoltarea serviciilor medicale de calitate circa 431,5 milioane lei.

SITUAȚIILE DE CRIZĂ ÎN SĂNĂTATE SUNT FINANCIAR ANTICIPATE

Izbucniri epidemice, tensiuni socio-economice sunt părți ale vieții sociale care pot duce la situații de criză în sănătatea publică. În sistemul de sănătate, fondul de rezervă al SAOAM este destinat gestionării acestor circumstanțe și poate acoperi financiar o lună de funcționare a sistemului de sănătate. Un exemplu de utilizare a fondului de rezervă poate servi anul 2009, când s-a declanșat gripa pandemică A(H1N1). Gestionarea de atunci a 200 milioane de lei din fondul de rezervă al SAOAM, pe fundalul crizei economico-financiare, a permis funcționarea sistemului de sănătate fără repercusiuni asupra sănătății publice.





EFICIENȚA SERVICIILOR ȘI OPTIMIZAREA CHELTUIELILOR

Pentru cheltuielile de întreținere a SAOAM, conform legislației, este prevăzută repartizarea până la 2,0% din fondurile SAOAM, gestionate de CNAM. În ultimii ani ponderea acestor cheltuieli se menține la nivelul de 1,0% - 1,1%. Organizăm activitatea CNAM conform principiului de optimizare a cheltuielilor, în baza strategiei și planurilor argumentate de dezvoltare a sistemului în scopul eficientizării serviciilor acordate beneficiarilor SAOAM.

CE ESTE PRIMA DE ASIGURARE OBLIGATORIE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ?

Prima AOAM reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care persoana asigurată și/sau asiguratul (angajatorul sau Guvernul) este obligat să o plătească în fondurile AOAM pentru preluarea de către CNAM a riscului asigurat al persoanei, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică prevăzută în Programul unic. Mărimea primei de asigurare în sumă fixă și contribuție procentuală la salariu și la alte recompense este stabilită anual în Legea fondurilor AOAM.

Polița de asigurare obligatorie de asistență medicală este documentul de acces în SAOAM și este un atribut absolut necesar pentru o persoană responsabilă.

Deținătorul unei polițe active este scutit de cheltuielile pentru serviciile medicale incluse în Programul unic. Persoana asigurată este beneficiarul SAOAM, care achită prima de asigurare în formă de contribuție procentuală ori sumă fixă. La fel, beneficiar al SAOAM este reprezentantul oricărei din cele 15 categorii de persoane pentru care Guvernul alocă bani din bugetul de stat (pensionari, copii, persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii etc.). Beneficiar al SAOAM poate fi atât cetățeanul Republicii Moldova, cât și cetățeanul străin și apatrid.



CATEGORIILE DE BENEFICIARI AI SAOAM

I. Salariat (angajat) poate fi atât cetățeanul Republicii Moldova, cât și cetățeanul străin și apatridul care are reședința în Republica Moldova, încadrat în câmpul muncii din țară, în baza unui contract individual de muncă. Acesta achită din salariul lunar o cotă de 50% din prima AOAM stabilită în formă de contribuție procentuală, la fel ca și angajatorul.

Notă: În Republica Moldova, prima AOAM în formă de contribuție procentuală este achitată în proporție egală între angajat și angajator.

Cum este calculată prima AOAM în formă de contribuție procentuală?

Prima AOAM pentru angajat se calculează în funcție de contribuția procentuală la salariu și la alte recompense, până la deducerea (reținerea) impozitelor și altor plăți obligatorii stabilite de legislație.

Ațiunea poliței medicale se suspendă în cazul:

- radierii de către angajator a persoanei asigurate din lista de evidență nominală;
- suspendării, în temei legal, a activității;
- acordării, pe parcursul unui an calendaristic, a concediului neplătit cu o durată mai mare de 60 de zile calendaristice;
- încorporării în serviciul militar;
- suspendării contractului individual de muncă din inițiativa salariatului, cu excepția cazurilor de aflare în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani și de aflare în concediu pentru îngrijirea unui membru bolnav al familiei cu durata de până la 1 an, conform certificatului medical.



II. Persoana care achită prima AOAM în sumă fixă este persoana fizică, cu domiciliul sau reședința în Republica Moldova, care face parte din una dintre categoriile enumerate:



a) proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, indiferent de faptul dacă au dat sau nu aceste terenuri în arendă sau folosință pe bază de contract, cu excepția persoanelor cu dizabilități severe, accentuate ori medii, sau pensionari;

b) fondatorii de întreprinderi individuale, cu excepția pensionarilor sau persoanelor cu dizabilități severe, accentuate ori medii;

c) persoanele fizice care, pe bază de contract, iau în arendă sau folosință terenuri cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură;

d) titularii de patentă de întreprinzător, cu excepția titularilor pensionari sau persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii;

e) persoanele fizice care dau în arendă unități de transport, încăperi, utilaje și alte bunuri materiale, cu excepția terenurilor cu destinație agricolă, grădinilor și loturilor pentru legumicultură;

f) alți cetățeni ai Republicii Moldova care nu sunt angajați, nu fac parte din nici una dintre categoriile enumerate mai sus și nu sunt asigurați

de Guvern, și care fac dovada aflării în Republica Moldova pentru cel puțin 183 de zile (pe parcursul anului bugetar).

g) Străinii cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase și care nu sunt angajați, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel.

Categoriile sus enumerate achită prima AOAM în fiecare an, în termen de 3 luni de la data punerii în aplicare a Legii fondurilor AOAM, cu reducerile stipulate și obțin polița medicală de la oficiile ÎS „Poșta Moldovei” și Agențiile teritoriale ale CNAM.

h) Notarii publici, avocații și executorii judecătorești neangajați, indiferent de forma juridică de organizare a activității, care au obținut licență,

achită prima în suma prevăzută de legea anuală a Fondurilor AOAM, în termen de 3 luni de la data punerii în aplicare a legii și obțin polița medicală de la Agențiile teritoriale ale CNAM”.

Polița medicală este valabilă până pe 31 decembrie a anului pentru care a fost achitată prima AOAM. Dacă prima de asigurare este achitată după trei luni de la data punerii în aplicare a legii, polița medicală este activată după 7 zile din momentul achitării primei și a plăților aferente acesteia.

Mărimea primei AOAM în sumă fixă este calculată prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual prognozat în baza indicatorilor macroeconomici pentru anul respectiv.

III. Persoana asigurată de Guvern este persoana neangajată cu domiciliul în Republica Moldova care nu este obligată să se asigure în mod individual și se află la evidența nominală a instituțiilor abilitate din țară pentru raportarea datelor în sistemul informațional al AOAM. Aceasta face parte din una dintre categoriile enumerate:

- a) copiii de vârstă preșcolară;
- b) elevii din învățământul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- c) elevii din învățământul secundar profesional;
- d) elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvență la zi;
- e) studenții din învățământul superior universitar cu frecvență la zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- f) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- g) copiii neîncadrați în sistemul educațional, până la împlinirea vârstei de 18 ani;

Toate persoanele asigurate beneficiază de servicii medicale în baza poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală. Statutul de persoană asigurată este confirmat prin accesarea sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat sau numărul poliței de asigurare.

Persoanele asigurate care se încadrează în categoriile **a - f** sunt trecute în sistemul informațional al AOAM în baza evidenței listei nominale ținute de instituțiile de învățământ, indiferent de tipul de proprietate.

Valabilitatea poliței medicale pentru persoanele asigurate care se încadrează în categoriile **a - f** este până la 31 august a anului de gestiune în care se preconizează absolvirea instituției de învățământ. În perioada concediului academic, pentru categoriile **c - f** polița medicală nu este activă.

h) gravidele, parturientele și lăuzele;

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate din contul statului, emise de entitatea medicală.

Termenul de valabilitate al poliței de asigurare medicală pentru această categorie este calculat de către medicul de familie, în baza înscrisurilor din documentația medicală a gravidei.

Gravidele, parturientele și lăuzele sunt trecute nominal în sistemul informațional al AOAM de către Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor prezentate de către prestatorii de servicii medicale primare.

i) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;



Categoriile de beneficiari ai SAOAM

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală ținute de Casa Națională de Asigurări Sociale (pentru persoanele civile) și ministerele de forță (pentru militari).

Termenul de valabilitate al poliței medicale încetează odată cu pierderea statutului de persoană cu dizabilități.

Persoanele cu dizabilități sunt trecute în sistemul informațional al AOAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de Casa Națională de Asigurări Sociale ori structurile de forță, în cazul militarilor.

Notă: Persoanele care nu sunt trecute în listele de evidență nominală, prezentate de Casa Națională de Asigurări Sociale sau structurile de forță, nu beneficiază de poliță medicală conform categoriei date.

j) pensionarii;

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de Casa Națională de Asigurări Sociale (pentru persoanele civile) și ministerele de forță (pentru militari).

Termenul de valabilitate al poliței medicale este identic cu perioada de valabilitate a actului ce confirmă apartenența la prezenta categorie.

Pensionarilor încadrați în câmpul muncii li se reține prima de asigurare în formă procentuală din salariu.

Pensionarii sunt trecuți în sistemul informațional al AOAM în baza listelor de evidență nominală, prezentate de Casa Națională de Asigurări Sociale ori structurile de forță, în cazul militarilor.

k) șomerii înregistrați la Agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală emise de Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă.

Termenul de valabilitate al poliței medicale este identic cu

perioada de valabilitate a actului ce confirmă apartenența la prezenta categorie.

Categoria dată este trecută în sistemul informațional al AOAM nominal de către Agențiile teritoriale ale CNAM, în baza listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate de Guvern, prezentate de Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă.

l) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de Casa Națională de Asigurări Sociale sau administrația publică locală de nivelul întâi, pentru persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane.

Persoanele încadrate în categoria dată de beneficiari sunt trecute în sistemul informațional al AOAM în baza listelor de evidență nominală.

m) mamele cu patru și mai mulți copii;

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de autoritățile publice locale de nivelul întâi.

Termenul de valabilitate al poliței medicale este nelimitat.

Mamele cu patru și mai mulți copii încadrate în câmpul muncii achită prima AOAM în formă procentuală din salariu.

Persoanele încadrate în categoria dată de beneficiari sunt trecute în sistemul informațional al AOAM de către Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de autoritățile publice locale de nivelul întâi.

n) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social.

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM

în baza listelor prezentate de autoritățile publice locale de nivelului întâi.

Termenul de valabilitate al poliței medicale este identic cu perioada beneficierii de ajutorul social.

Persoanele încadrate în categoria respectivă de beneficiari sunt trecute în sistemul informațional al AOAM de către Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de autoritățile publice locale de nivelul întâi.

o) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

Polița AOAM este eliberată de Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor prezentate de Biroul migrație și azil.

Persoanele încadrate în categoria dată de beneficiari sunt trecute în sistemul informațional al AOAM de către Agențiile teritoriale ale CNAM în baza listelor de evidență nominală prezentate de Biroul migrație și azil.

Acțiunea poliței medicale încetează odată cu pierderea calității de persoană asigurată după cum urmează:

- **pierderea dreptului de domiciliere în Republica Moldova;**
- **radierea de către instituția ce prezintă listele persoanelor asigurate din contul bugetului de stat, a persoanei din lista de evidență nominală;**
- **deces.**

Ce este Programul unic?

Programul unic este un document elaborat de Ministerul Sănătății în colaborare cu CNAM și reprezintă o listă a maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală. Totodată, documentul stabilește volumul serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate.

Lista maladiilor și stărilor care necesită îngrijiri medicale și volumul asistenței de sănătate este revizuită în concordanță cu necesitățile și contribuțiile beneficiarilor SAOAM. Inițial, în 2004, au fost contractate 5 tipuri de asistență medicală: urgentă, primară, specializată de ambulatoriu, spitalicească, de înaltă performanță. Din 2012, sunt contractate 6 tipuri de asistență medicală, fiind adăugate îngrijirile medicale la domiciliu.

Categorii de beneficiari ai SAOAM

În 2004, Programul unic includea 70 de servicii de înaltă performanță și nu avea specificată lista investigațiilor paraclinice. În 2008, a fost pusă în aplicare lista investigațiilor paraclinice la nivel de asistență primară și specializată de ambulatoriu. Aceasta includea un număr de 669 de servicii și 430 de servicii de înaltă performanță. Din 2013, beneficiarii SAOAM au acces la încă 188 de servicii de înaltă performanță.

Programul unic poate fi accesat pe site-ul www.cnam.md și găsit în toate instituțiile prestatoare de servicii medicale contractate de CNAM.

Toate serviciile incluse în cele 6 tipuri de asistență medicală sunt gratuite pentru fiecare beneficiar, în baza poliței medicale active.



CUM BENEFICIEM DE SERVICIILE MEDICALE CONFORM PROGRAMULUI UNIC?

SAOAM funcționează conform unor rigori bine determinate prin acte normative: legi, hotărâri, regulamente, ordine etc. Respectarea lor este o obligație, dar și un drept care ne garantează accesul sigur la serviciile medicale. Documentul de acces în sistemul de AOAM este polița medicală însoțită de buletinul de identitate. Este o regulă generală pentru persoanele asigurate, valabilă la accesarea tuturor serviciilor de

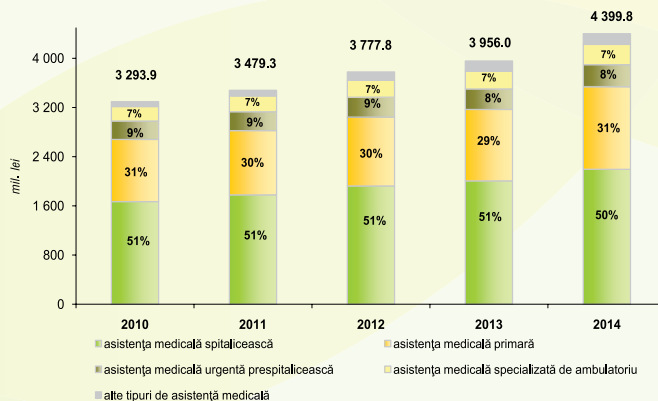


Diagrama 3. Dinamica cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală și ponderea acestora în fondul de bază (anii 2010-2014)

asistență medicală incluse în Programul unic.

„Ușa” de intrare în SAOAM este medicul de familie.

Medicul de familie este cel care facilitează accesul persoanei asigurate la toate nivelurile de asistență medicală în volumul stabilit de Programul unic.

TIPURILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU BENEFICIARIII SAOAM

I. Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU) este setul de servicii medicale, prestate pacientului în stare gravă, la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării, la necesitate, până la transmiterea lui în instituția medico-sanitară. AMU este acordată tuturor persoanelor, inclusiv celor care nu sunt asigurate.

Pași de acces la serviciile AMU

1. Când sunteți într-o stare gravă de sănătate, beneficiați de servicii medicale de urgență prespitalicească.
2. Când aveți o problemă gravă de sănătate, sunați la 903!
3. Beneficiați de servicii medicale de urgență prespitalicească în regim non-stop și operativ, pe întreg teritoriul Republicii Moldova.
4. AMU trebuie să vi se acorde chiar și până la venirea ambulanței, în orice tip de instituție medicală, fără a prezenta polița medicală și fără bani!
5. Serviciile de urgență prespitalicească pot fi solicitate la cererea de sine stătătoare sau a persoanei care vă este în preajmă.
6. Convorbirile telefonice dintre dispeceratul medical și solicitant se înregistrează pe bandă audio și se păstrează în arhiva Institutului de Medicină Urgentă.
7. Cooperarea și încrederea reciprocă dintre medic și pacient este baza rezolvării cu succes a urgențelor medicale!
8. Răspundeți prompt la întrebările dispecerului legate de: adresa exactă, numele bolnavului



Tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii SAOAM



sau al accidentatului, vârsta, motivul apelului, numărul de telefon, modalitatea sau locul de întâlnire a echipei medicale (la scară, în curte, în stradă, lângă un edificiu public din apropierea locului accidentului sau domiciliu etc.).

9. Răspunsurile oneste la întrebările dispecerului ajută la determinarea tipului și priorității urgenței, la selectarea profilului și organizarea operativă a echipei de urgență.
10. Urgențele medicale majore sunt deservite în funcție de prioritate, fiind stabilite de către dispecer în conformitate cu răspunsurile oferite de solicitant. Vă recomandăm să nu reluați apelurile către 903!
11. Pentru a exclude complicațiile în cazul accidentelor rutiere sau traumatismelor ce impun o atenție sporită, evitați transportarea de sine stătătoare sau cu transport de ocazie a suferindului. Așteptați

ambulanța pentru acordarea asistenței medicale urgente calificate.

12. Sfaturile și consultările medicale telefonice nu sunt oferite la 903! Apelați serviciul „Sfatul medicului” la telefonul 0-22-25-07-33 ori biroul de informație al Institutului de Medicină Urgentă la telefonul 0-22-92-60-33.
13. Echipele de urgență nu sunt solicitate pentru a constata decesul. În aceste situații este chemat medicul de familie.
14. Un apel fals sau nefondat poate împiedica sau întârzia sosirea echipei de urgență acolo unde aceasta este cu adevărat necesară.
15. Pentru a clarifica toate problemele apărute în urma prestării serviciilor AMU, apelați medicul coordonator al Dispeceratului central la nr. de telefon 0-22-25-07-22 sau GSM 0-78301820.

II. Asistența medicală primară (AMP) este setul de servicii medicale care include activități de profilaxie, de consultanță în scop curativ și de suport, oferite de medicul de familie și echipa sa. AMP este acordată tuturor persoanelor, inclusiv celor care nu sunt asigurate.



Pași de acces la serviciile AMP

1. Aveți dreptul și obligația de a vă alege și înregistra la instituția medico-sanitară primară.
2. Când aveți o problemă de sănătate, doar medicul de familie vă oferă accesul la serviciile medicale necesare, eliberându-vă biletul de trimitere pentru consultația medicului specialist ori pentru spitalizare.
3. Medicul de familie, neurologul, psihiatrul sau endocrinologul (după caz) vă poate prescrie rețeta pentru medicamentele compensate.
4. Medicul de familie este obligat să vă supravegheze starea de sănătate pe toată perioada de tratament ambulatoriu.
5. Pentru a beneficia de consultația medicului de familie este necesară programarea prin telefon, internet sau direct la ghișeele de înregistrare din instituția primară.
6. Programul de lucru al instituției medicale primare este elaborat de șeful acesteia, în funcție de specificul localității (rural/urban), anotimp (vară/iarnă), numărul medicilor de familie/asistenților medicali.
7. Asistența medicală primară, acordată de medicul de familie în comun cu echipa sa, include următoarele servicii și activități:
 - **servicii profilactice:** promovarea modului sănătos de viață, supravegherea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț, imunizarea, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor, planificarea familiei, controlul medical anual cu examinarea: pielii, glandei tiroide, ganglionilor limfatici; examinarea glandei mamare (femei după 20 ani); măsurarea tensiunii arteriale; tonometria oculară (de la 40 ani); aprecierea acuității vederii; indicație pentru efectuarea radiografiei (conform actelor normative al Minis-

Tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii SAOAM



terului Sănătății); indicație pentru aprecierea nivelului glicemiei (grupele de risc); indicație pentru testarea serologică MRS (cu colectarea probei de sânge din venă), testarea HIV; examinarea ginecologică profilactică, inclusiv prelevarea frotiului pentru examenul citologic; indicație pentru testare la frotiu urogenital la gonoree și trihomonade, inclusiv prelevarea frotiului; indicație pentru tușeul rectal (persoanele peste 40 ani); controale medicale periodice cu prescrierea, la necesitate, a investigațiilor de laborator și instrumentale; prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, programarea și efectuarea vaccinării planice a populației, controlul medical profilactic pentru instituțiile medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare).

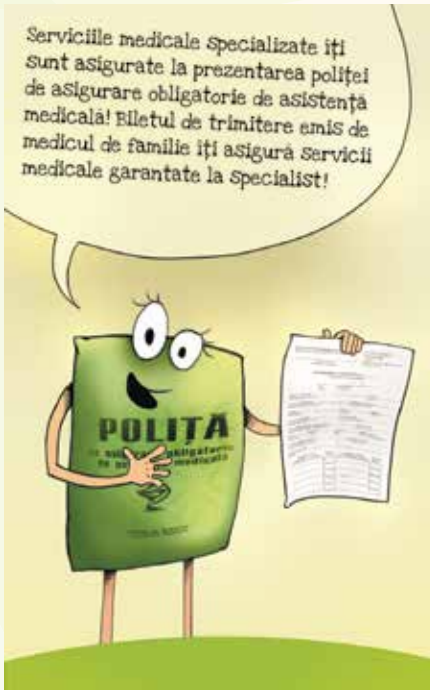
servicii medicale curative:

- consultație (anamneză, examen clinic) cu stabilirea diagnosticului, recomandarea investigațiilor de laborator și instrumentale și prescrierea tratamentului, inclusiv a medicamentelor compensate, în tratament ambulatoriu; manopere de mică chirurgie în stările

urgente; tratament în cabinete de proceduri și la domiciliu (injecții intramusculare, intravenoase, inclusiv asigurare cu consumabile), în cazul lipsei contraindicațiilor pentru tratament în condiții de ambulatoriu; monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici; luarea la evidență a bolnavului TBC; asistența medicală la domiciliu, inclusiv în cazul urgențelor medico-chirurgicale; prestarea serviciilor medicale persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

- **servicii medicale în situații de urgență:** asistența medicală în cazul urgențelor medico-chirurgicale; solicitarea ambulanței pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie.
- **activități de suport:** eliberarea și evidența certificatelor de concediu medical; organizarea trimiterii la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității; eliberarea și evidența certificatelor medicale despre starea sănătății, inclusiv persoanelor înainte de căsătorie, pentru îngrijirea copilului bolnav, adeverințelor medicale, certificatelor de deces.

III. Asistența medicală specializată de ambulatoriu (AMSA), inclusiv stomatologică, este setul de servicii medicale acordate de medicul specialist de profil în tratamentul curativ care nu necesită spitalizare. Serviciile AMSA sunt accesibile fără plată numai persoanelor asigurate, iar în cazul maladiilor social-condiționate și persoanelor neasigurate, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice pentru anul curent de gestiune.



Pași de acces la serviciile AMSA

1. Accesați serviciile AMSA în baza biletului de trimitere și/sau înscrierea în fișa medicală.
2. Biletul de trimitere poate fi eliberat de medicul de familie sau de specialistul de profil.
3. Accesați consultații medicale în mod programat, inclusiv în secțiile de internare ale spitalelor, cu bilet de trimitere sau înscriere în fișa medicală, iar în caz de urgență și a maladiilor stipulate în Anexa nr.2 a Programului unic (vezi pag. 19), în mod direct. Consultațiile medicale pentru unele specialități/servicii de profil chirurgical, se vor realiza cu efectuarea suplimentară a manoperelor medicale, stipulate în Anexa nr.3 a Programului unic, pentru următoarele profiluri:

- Chirurgie, inclusiv chirurgie infantilă;
- Dermatovenerologie;

- Hematologie;
- Obstetrică și ginecologie;
- Oftalmologie;
- Otorinolaringologie;
- Ortopedie-traumatologie;
- Urologie;
- Planificarea familiei.

4. Oricare medic specialist de profil vă poate recomanda medicamente compensate, iar dreptul de a vi le prescrie îl au medicul de familie, endocrinologul, psihiatrul sau neurologul, după caz.
5. Preparatele psihotrope incluse în lista medicamentelor compensate pot fi prescrise de către medicul psihiatru și/ sau medicul de familie, iar cele anticonvulsivante sunt prescrise de neurolog, psihiatru și/ sau medicul de familie.
6. Preparatele antidiabetice injectabile incluse în lista medicamentelor compensate

Tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii SAOAM



- pot fi prescrise de medicul endocrinolog și/sau medicul de familie, după caz.
7. Serviciile AMSA în instituțiile medico-sanitare republicane sunt acordate gratuit numai persoanelor care sunt direcționate de către instituțiile medicale raionale/municipale și dispun de bilet de trimitere (forma 027-e).
 8. Dacă instituția specializată de ambulatoriu în care efectuați tratamentul curativ nu dispune în volum deplin de capacități de investigații, atunci le veți efectua fără plată în alte instituții medico-sanitare contractate de CNAM, în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist curant.
 9. La necesitate, în cadrul aceluiași caz de boală, medicul specialist de profil poate consulta un alt medic specialist, în baza înscrierii în fișa medicală a pacientului sau a biletului de trimitere, eliberat pentru consultație într-o altă instituție medicală.
 10. Asistența medicală stomatologică în cadrul AMSA include următoarele activități:
 - asistență stomatologică de

- urgentă în următoarele cazuri: pulpită acută, periodontită apicală acută, periodontită apicală exacerbată, stomatită aftoasă acută, gingivită și stomatită ulcero-necrotică acută, abces, periostită, pericoronarită, hemoragii postextractionale, limfadenită acută, osteomieliță acută, sialodeniță acută și calculoasă, sinusită acută odontogenă, traume și fracturi ale maxilarelor;
- extracții dentare la indicații medicale;
 - consultație profilactică a copiilor până la 18 ani și gravidelor, care include: examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena cavității bucale, periajul dentar, detartrajul dentar, aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.), extracții dentare, sigilarea fisurilor, obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei;
 - consultație profilactică tuturor persoanelor asigurate cu examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena și profilaxia bolilor cavității bucale.

la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Lista afecțiunilor care, după confirmarea ca fiind caz nou, permit prezentarea directă la medicul specialist de profil corespunzător din asistența medicală specializată de ambulatoriu

1. Infarctul miocardic - în primele 12 luni de la externarea din spital
2. Angina pectorală instabilă - 3 luni de la stabilizare
3. Bolnavi cu revascularizare percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
4. Valvulopatiile dobândite și congenitale
5. Malformațiile congenitale și bolile genetice
6. Insuficiența renală cronică sub dializă
7. Insuficiența cardiacă stadiile III - IV NYHA
8. Poliartrita reumatoidă, inclusiv formele clinice (sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrita cronică juvenilă)
9. Bolile collagen-vasculare (lupusul eritematos sistemic, sclerodermia, polidermatomiozita, vasculitele sistemice)
10. Diabetul zaharat sub tratament cu insulină și/ sau antidiabetice orale
11. Diabetul insipid
12. Infecția HIV
13. Maladia SIDA
14. Leucemiile acute (limfoide și nonlimfoide)
15. Leucemia mieloidă cronică
16. Leucemia limfatică cronică
17. Aplazia medulară
18. Mielomul multiplu
19. Limfoamele non-Hodgkin nodale și extranodale
20. Boala Hodgkin
21. Anemiile hemolitice endo- și exoeritrocitare
22. Trombocitemia hemoragică
23. Talasemia
24. Histiocitozele
25. Mastocitoza malignă
26. Telangectazia hemoragică ereditară
27. Purpura trombocitopenică idiopatică
28. Trombocitopatii
29. Purpura trombotică trombocitopenică
30. Boala non Willebrand
31. Coagulopatiile ereditare
32. Hemofilia
33. Tumorile mamare
34. Tumorile maligne
35. Tumorile cu potențial malign
36. Epilepsia și sindroame paroxismale
37. Hidrocefalia
38. Maladiile neuromusculare cu predispoziție genetică și transmitere eredocolaterală și miastenia gravis
39. Traumatismele și afecțiunile acute ale locomotorului (artrite, osteite, osteomielite etc.)
40. Bolile cerebrovasculare acute
41. Boala Parkinson

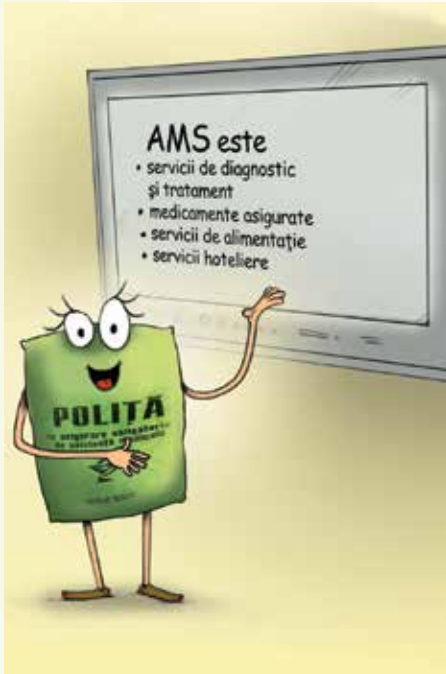
Tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii SAOAM

42. Maladiile degenerative ale sistemului nervos central
43. Sifilisul, gonoreea și alte infecții cu transmitere sexuală
44. Artritele acute specifice (gonococice, sindrom Reiter)
45. Dermatitele extinse
46. Dermatofitozele
47. Dermatozele buloase
48. Exema atopică la copii
49. Exema vaccinatum
50. Herpes Zoster
51. Lichen ruben plan
52. Pemfigoid
53. Pemfigus vulgar
54. Piodermitele diseminate la copii
55. Psoriazul
56. Vascularitele
57. Status posttransplant de organe
58. Afecțiunile postoperatorii și ortopedice până la vindecare
59. Hipotrofia de gradele II-III la sugari
60. Prematuritate (în primul an de viață)
61. Malnutriția proteinoenergetică (în primii 3 ani de viață)
62. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
63. Rahitismul evolutiv, forma moderată și gravă (până la vindecarea radiologică și biochimică)
64. Gestozele și maladiile extragenitale grave la gravide
65. Gravidele cu risc obstetrical crescut
66. Tuberculoza
67. Astmul bronșic
68. Mucoviscidoza
69. Boala Adison
70. Hepatitele virale (acute și cronice)
71. Cirozele hepatice decompensate și compensate
72. Boala Wilson
73. Bolile infecțioase și parazitare
74. Psihozele și alte tulburări mintale și de comportament în stare acută
75. Maladiile ginecologice
76. Maladiile oftalmologice
77. Maladiile otorinolaringologice

Notă: *Prezentarea directă la medicul specialist de profil din serviciul specializat de ambulatoriu fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus se face cu respectarea următoarelor condiții:*

- *dacă în intervalul de timp (între 2 prezentări), până la o nouă consultație, bolnavul nu trebuie monitorizat de către medicul de familie și numai dacă prezintă o dovadă scrisă că a fost luat la evidență de către medicul de familie;*
- *pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de evoluția bolii;*
- *medicul specialist de profil trebuie să informeze medicul de familie în scris dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în conduita terapeutică.*

IV. Asistența medicală spitalicească (AMS) este acordată atunci, când toate posibilitățile asistenței medicale în condiții de ambulatoriu au fost epuizate ori starea sănătății necesită a fi supravegheată în condiții de spital. AMS este accesibilă fără plată numai persoanelor asigurate, iar în cazul maladiilor social-condiționate și persoanelor neasigurate, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice pentru anul curent de gestiune.



Pași de acces la serviciile AMS:

1. Spitalizarea poate fi:
 - a) programată, cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie ori specialist;
 - b) urgentă, prin intermediul asistenței medicale de urgență sau prin adresare directă în secția de internare.
2. Numai medicul specialist are dreptul să elibereze bilet de trimitere pentru spitalizare programată în instituțiile de nivel republican, iar în cele departamentale și private care activează în SAOAM - medicul de familie/specialistul de profil.
3. Persoana asigurată are dreptul la alegerea liberă a spitalului de nivel raional în zona de sănătate (vezi pag. 22), pentru internarea programată, în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, conform listelor de așteptare.
4. Biletul de trimitere trebuie să conțină obligatoriu: diagnosticul presupus ori stabilit; anamneză pe scurt; investigațiile necesare, realizate la nivel de asistență medicală de ambulatoriu (analiza generală a sângelui, urinei, datele examenului profilactic ș.a.).
5. Biletul de trimitere vă garantează că sunteți înregistrat în lista de așteptare pentru spitalizare din secția unde urmează să vă internați.
6. În cadrul AMS vă sunt garantate: consultații și investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratamente curative / chirurgicale (inclusiv anestezie), îngrijiri medicale, medicamente, consumabile, cazare și alimentație.

Tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii SAOAM

7. Mamele (îngrijitorul) sunt spitalizate pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la 3 ani și/sau în cazurile justificate din punct de vedere medical.
8. Dacă instituția spitalicească nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor de laborator și instrumentale în volum deplin, atunci le veți efectua gratuit, în baza biletului de trimitere, la alte instituții medicale.
9. Durata de internare în spital nu este limitată prin acte normative, ea este individuală pentru fiecare caz și depinde de starea de sănătate. Decizia referitor la durata de internare este luată de către medicul curant și/sau consiliul medical.
10. Volumul și calitatea serviciilor acordate beneficiarului SAOAM trebuie să corespundă cu protocoalele clinice naționale și standardele medicale de diagnostic și tratament, aprobate de Ministerul Sănătății.

Zonele de alegere liberă a spitalelor de nivel raional:

Zona 1	Dondușeni, Briceni, Edineț, Ocnîța
Zona 2	Rîșcani, Fălești, Glodeni, Sîngerei
Zona 3	Drochia, Florești, Soroca
Zona 4	Nisporeni, Călărași, Ungheni
Zona 5	Orhei, Rezina, Șoldănești, Telenești
Zona 6	Cimișlia, Leova, Hîncești.
Zona 7	Criuleni, Strășeni, Ialoveni, Anenii Noi
Zona 8	Căușeni, Ștefan Vodă
Zona 9	Cahul, Basarabeasca, Cantemir, Taraclia, Ceadrî Lunga, Vulcănești, Comrat

V **Serviciile medicale de înaltă performanță (SIP) sunt servicii de diagnostic și tratament costisitoare, efectuate la aparatul medical modern, cu randament sporit.**

Pași de acces la serviciile SIP

1. SIP sunt accesibile fără plată numai persoanelor asigurate!
2. Beneficiați de SIP în condiții de ambulatoriu doar în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil sau medicul de familie (pentru serviciile însemnate cu asterisc în Anexa nr.5 a Programului unic).
3. Când sunteți internat în spital, SIP vă sunt acordate gratuit la indicația medicului curant sau consultant.
4. SIP necesită programare în listele de așteptare. Programarea se efectuează de către medicul specialist sau medicul de familie care a indicat investigația.
5. Lista de așteptare pentru SIP este o practică mondială!

VI. Îngrijirile medicale la domiciliu (ÎMD) sunt serviciile acordate persoanelor asigurate care suferă de maladii cronice în stadii avansate (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau au avut intervenții chirurgicale mari și prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medicală. ÎMD sunt accesibile doar persoanelor asigurate.

Rețineți:

1. Îngrijirile medicale la domiciliu sunt oferite în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice și private, asociațiilor și organizațiilor licențiate și autorizate pentru prestarea lor, inclusiv spitalelor și hospice-urilor, contractate de CNAM.
2. Beneficiari de îngrijiri la domiciliu în baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau specialist.
3. Îngrijirile medicale la domiciliu sunt efectuate de către asistentul medical sub supravegherea medicului care a indicat serviciul.
4. În cadrul vizitei la domiciliu sunteți asigurat de către prestator cu medicamentele și materialele consumabile necesare.
5. Manoperele medicale de care beneficiați în cadrul îngrijirilor la domiciliu sunt indicate în tabelul de mai jos.



Tabel nr.2. Manopere medicale

- monitorizarea temperaturii, tensiunii arteriale, respirației, pulsului, diurezei, scaunului – la pacienții cu accidente cerebrovasculare, insuficiență cardio-circulatorie cronică și patologia tubului digestiv, a ficatului și pancreasului în perioada decompensată;
- îngrijirea plăgilor, escarelor, ulcerelor trofice etc.;
- îngrijirea stomelor (traheostomă, gastrostomă etc.) și îngrijirea pacienților cu anus contra naturii;
- spălături: oculară, auriculară, vaginală și gastrică;
- clisme cu scop evacuator și cu scop terapeutic;
- sondaj gastric cu scop evacuator și cu scop de alimentare a pacientului;
- îngrijiri paleative în condiții de domiciliu;
- controlul simptomelor (îngrijirea în caz de vomă, greață, constipații, diaree, incontinență de urină, candidomicoză și altele) și a durerii (evaluarea nivelului durerii, ameliorarea durerii și urmărirea efectului medicamentos).



CUM NE ÎNREGISTRĂM LA MEDICUL DE FAMILIE?

Fiecare dintre noi chiar din primele zile de viață are un medic de familie ales de către părinți, așa că până la majorat mergem la medicul de familie care cunoaște istoria sănătății familiei. În acest caz, ne bucurăm de alegerea instituției medicale și a medicului de familie, făcută de cei apropiați.

Pe parcursul anilor, ne schimbăm locul de trai în cadrul aceleiași localități sau în alte puncte geografice ale țării, plecăm din țară și revenim – un fenomen frecvent întâlnit în societatea noastră, care generează situații ce necesită înregistrarea sau schimbarea instituției medicale primare și implicit a medicului de familie.

Când sunteți în astfel de situații, vă recomandăm să consultați procedura de înregistrare la medicul de familie trecută în *Regulamentul de înregistrare a*

populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM (vezi www.cnam.md, pagina legislație, regulamente) și pașii indicați mai jos.

Înregistrarea în instituția medicală primară și implicit a medicului de familie se poate efectua oricând pe parcursul anului, dacă persoana și-a schimbat locul de trai sau nu și-a exercitat niciodată această obligație în SAOAM. Schimbarea sau alegerea instituției medicale primare și implicit a medicului de familie este un drept pe care îl puteți exercita în perioada 01 septembrie – 31 octombrie a fiecărui an.

Primul pas - determinarea instituției medico-sanitare primare. Este indicat să alegem instituția cea mai apropiată de locul de trai.

Pasul doi - alegerea medicului de familie din cadrul instituției medico-sanitare primare. Dacă alegem un medic de familie ce deservește alt teritoriu decât cel în care avem locul de trai, vom asigura deplasarea acestuia sau a asistentului medical la locul nostru de trai, ori de câte ori va fi necesar.

Pasul trei - completarea cererii conform formularului și depunerea personală sau prin intermediul reprezentantului legal la medicul de familie. În cazul în care medicul de familie ales are lista completată (conform standardelor Ministerului Sănătății – 1 500 - 2 000 de persoane), acesta vă poate refuza cererea.

Pasul patru - verificarea înregistrării la medicul de familie în sistemul informațional AOAM.

CUM VERIFICĂM ÎNREGISTRAREA LA MEDICUL DE FAMILIE ÎN SISTEMUL INFORMAȚIONAL AOAM?

Este o procedură simplă: **accesați** site-ul www.cnam.md și **deschideți** aplicația web *Verifică înregistrarea la medicul de familie*, **introduceți** codul personal, **apăsați** butonul *Verifică* și primiți rezultatul.

CUM VERIFICĂM STATUTUL DE ASIGURAT ÎN SAOAM?

Accesați site-ul www.cnam.md și **deschideți** aplicația web *Verifică statutul*, **introduceți** codul personal sau seria și numărul poliței medicale, **introduceți** codul de verificare, **apăsați** butonul *Verifică*. În fereastra alăturată obțineți rezultatul.

CE SUNT MEDICAMENTELE COMPENSATE ÎN CADRUL SAOAM?

Medicamentele compensate fac parte din coșul esențial de garanții din cadrul AMP. Dat fiind faptul că numărul mare de maladii sunt tratate în condiții de ambulatoriu, rețeta pentru medicamentele compensate este eliberată de medicul de familie sau, după caz, de medicul endocrinolog, psihiatru, neurolog. Responsabilitatea pentru supravegherea tratamentului ambulatoriu îi revine medicului de familie.

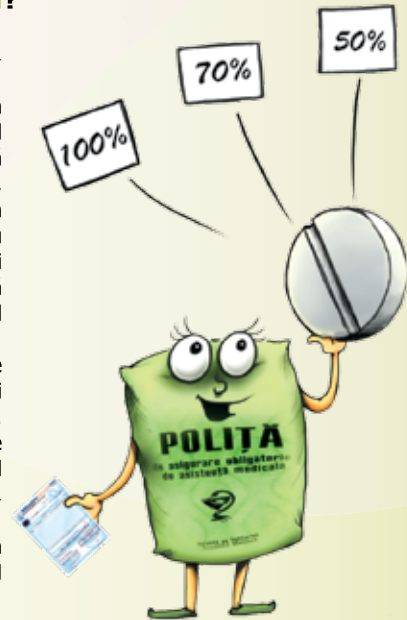
Medicamentele compensate sunt preparatele medicamentoase acoperite financiar parțial (50% - 70%) sau integral (100%) de către CNAM. Lista medicamentelor compensate este modificată și completată anual de Ministerul Sănătății și CNAM în baza recomandărilor expuse de către medicii specialiști în cadrul Comisiei de profil pentru aprobarea Listei medicamentelor compensate pentru tratamentul unui șir de maladii: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, insuficiență cardiacă, astm bronșic, gastrită și boala ulceroasă a

stomacului și duodenului, diabet zaharat, epilepsie, schizofrenie ș.a.

Important e să știți, la prescrierea medicamentului compensat, medicul scrie în rețetă denumirea comună internațională/substanța activă! Astfel, aveți posibilitatea de a alege dintr-un număr de medicamentele compensate cu denumiri comerciale diferite, dar cu aceeași denumire comună internațională/substanță activă, medicamentul compensat cu prețul convenabil.

Calitatea medicamentelor compensate este validată prin actualizarea lunară a listei înregistrate în Catalogul național de prețuri. Din 2013, lista a fost completată cu substanțe medicamentoase pentru tratamentul epidermolizei buloase, glaucomului, mucoviscidozei, diabetului zaharat tip I.

Rețetele compensate sunt valabile în instituțiile farmaceutice contractate de CNAM pe întreg teritoriul țării.

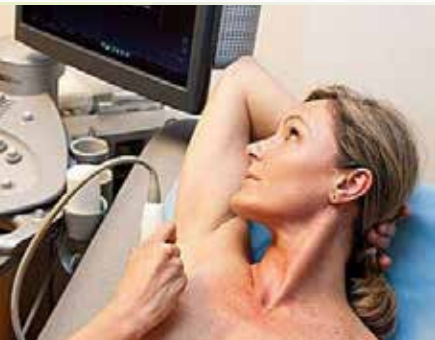


Rețineți:

- Rețeta compensată este valabilă la prezentarea poliței medicale și buletinului de identitate sau a certificatului de naștere în cazul minorilor.
- Medicamentele compensate sunt prescrise pentru a fi administrate pe parcursul tratamentului ambulatoriu.
- Pe un formular de rețetă se prescrie numai un medicament compensat pentru o perioadă de maxim 2 luni de tratament.
- Rețeta compensată este valabilă 10, 30 sau 60 de zile de la data prescrierii.
- Obligativu confirmați primirea medicamentelor compensate prin semnarea rețetei compensate.
- Lista medicamentelor compensate poate fi consultată la medicul de familie, ghidul utilizatorului de medicamente compensate și pe site-ul www.cnam.md.

Screening-ul este cea mai eficientă metodă de profilaxie pentru toată populația țării

Serviciile de profilaxie finanțate din fondurile SAOAM sunt accesibile oricărui cetățean, indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat. Cea mai eficientă metodă de a micșora morbiditatea și de a eficientiza cheltuielile



în SAOAM este screening-ul realizat la nivel de asistență primară.

Screening-ul este un examen medical profilactic pentru persoanele care nu prezintă niciun semn de boală, practic sănătoase.

SCREENING CARDIOVASCULAR

Primul proiect de screening național a fost realizat în 2010. Acesta s-a axat pe identificarea factorilor de risc sporit pentru populația care nu prezenta pericole în dezvoltarea unui eveniment cardiovascular. Noutatea acestuia a fost chestionarul SCORE, elaborat în baza recomandărilor Societății Europene de Cardiologie, care se bazează pe examene medicale de tensiune arterială și nivelul colesterolului în sânge. Astăzi, fișa de evaluare ori instrumentul medical SCORE este implementat la nivel de țară în cadrul AMP. Constatările screening-ului cardiovascular au arătat că, în următorii zece ani, pericolul de a face boli cardiocirculatorii este iminent pentru fiecare a cincea persoană care se consideră sănătoasă.

SCREENING ONCOLOGIC

În 2011, CNAM a inițiat screening-ul pentru prevenirea și depistarea precoce a cancerului mamar și de col uterin. Cancerul mamar și de col uterin sunt cele mai răspândite printre femeile din țară. Maladiile afectează grav sănătatea în anii cei mai frumoși de viață. Vârsta medie a femeilor care se pot îmbolnăvi de cele două tipuri cancer este de 25 - 60 de ani.

Annual, în Republica Moldova, sunt diagnosticate peste 1 200 de femei cu cancer mamar și de col uterin. Dintre acestea 40% de femei decedază, pentru că boala este depistată în stadiile avansate.

În 2012, examenele profilactice oncologice s-au extins teritorial și tematic pentru depistarea cancerului colorectal și de prostată.

Majoritatea pacienților pot fi salvați când boala este depistată în stadiile incipiente de dezvoltare. Tratamentul stărilor precanceroase și canceroase

de grad I este garantat în 80% de cazuri!

CNAM recomandă fiecărui beneficiar al SAOAM participarea la examenele medicale profilactice și organizarea unui mod sănătos de viață. Activitățile de

prevenție ne aduc bunăstarea fizică, mintală, socială și reduc semnificativ riscurile de îmbolnăvire. E mai eficient să previi decât să tratezi!

CE FACI DACĂ ȚI S-AU ÎNCĂLCAT DREPTURILE ÎN SAOAM?

Sursa de informare detaliată despre drepturile și obligațiile în SAOAM este prezentul ghid, site-ul **cnam.md**, **Linia Verde (tel.: 0 800 99999)** și pagina oficială pe **facebook.com/CNAM2001**. Dacă în momentul prestării serviciilor medicale ați fost condiționat să le achitați, efectuați tranzacția doar la casa instituției medico-sanitare și **CEREȚI BONUL DE PLATĂ!**

Bonul de plată este dovada achitării serviciilor medicale, document în baza căruia vi se pot restitui banii pentru serviciile medicale acordate în baza poliței medicale, dacă sunt respectați pașii de acces în SAOAM, adresându-vă administrației instituției medicale sau CNAM.

Când aveți obiecții la volumul și calitatea serviciilor prestate ori ați achitat serviciile incluse în Programul unic, **ADRESAȚI-VĂ ADMINISTRAȚIEI INSTITUȚIEI** unde v-au fost încălcate drepturile!



Adresarea poate fi făcută direct, în mod verbal ori scris, sau on-line. În cazul când adresarea a fost făcută în scris, asigurați-vă că scrisoarea dumneavoastră a fost înregistrată. Conform Legii cu privire la petiționare, examinarea urmează să fie îndeplinită în termen de 30 de zile, iar în cazul când adresarea nu necesită o examinare suplimentară, răspunsul vă poate fi oferit fără întârziere sau în termen de 15 zile de la data înregistrării.

Dacă la acest nivel problema nu a fost soluționată, solicitați ajutorul CNAM!

Linia VERDE: 0 - 800 - 99999

Telefonați: (373 22) 22-31-66; (373 22) 20-02-40

Scriveți: MD-2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru, nr.12

Fax: (373 22) 22-61-84

 www.cnam.md

 www.facebook.com/CNAM2001

 info@cnam.md