

Ghidul pacientului spre sănătate



SUMAR

1.	Beneficiarii serviciilor medicale. Ce înseamnă o persoană asigurată și una neasigurată?	p 3.
2.	Pacientul în raport cu diferitele paliere ale sistemului de sănătate, public sau privat	p 11.
3.	Pacientul în raport cu serviciile preventive	p 32.
4.	Reprezentantul pacientului - un concept nou pentru România	p 34.
5.	Serviciul de Asistență Socială în unitățile spitalicești	p 35.
6.	Voluntariatul în sănătate	p 36.
7.	Anexe	p 38.

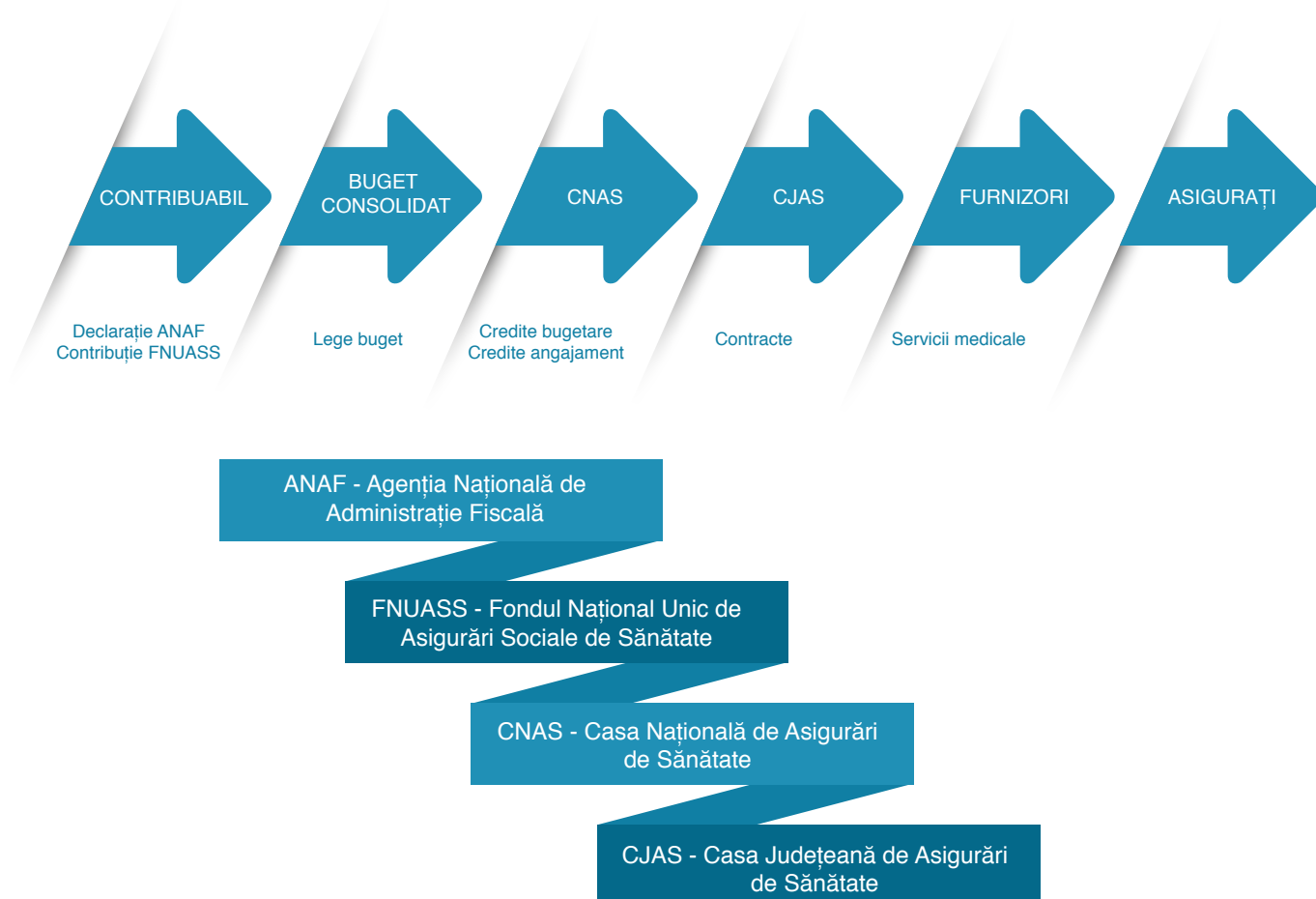
Capitolul 1

Beneficiarii serviciilor medicale. Ce înseamnă o persoană asigurată și una neasigurată?

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principala modalitate de finanțare a sistemului medical, prin care statul asigură accesul populației la un pachet de servicii de bază, pentru a-i ocroti sănătatea.

Indiferent dacă vă aduceți sau nu contribuția la bugetul alocat Sănătății, toți trebuie să cunoaștem traseul sumelor colectate în sistemul de asigurări. Printr-o declarație depusă la ANAF și contribuția la FNUASS, sumele ajung în bugetul de stat, de unde un procent merge la CNAS, care redirectionează banii spre casele județene de asigurări. La rândul lor, acestea încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale (spitale, cabinete medicale etc.), pentru ca persoanele asigurate să aibă acces la asistență de specialitate gratuită. În acest fel, persoanele devin asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Traseul financiar al sumelor colectate în sistemul de asigurări de sănătate (de la plata acestora de către asigurat și angajator, după caz, până la serviciile medicale furnizate/decontate)





Ce înseamnă o persoană asigurată?

Fiecare dintre noi are dreptul la sănătate, iar statul are obligația să ne asigure accesul la serviciile medicale, în caz de necesitate.

Cetățenii români cu domiciliul în țară, dar și cetățenii străini și apatrizii (persoanele care nu au cetățenia niciunui stat) care au obținut dreptul de ședere în România de la instituțiile abilitate și au făcut dovada plății contribuției la FNUASS sunt asigurați și, prin urmare, pot beneficia de serviciile medicale din pachetul de bază.

Există, însă, anumite categorii de persoane care sunt considerate asigurate, chiar dacă nu contribuie la fondul de sănătate. Printre aceștia se numără:

- 1.** Copiii până la vârsta de 18 ani; tinerii cu vârste cuprinse între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi sau absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni; ucenicii sau studenții. Singura condiție este ca aceștia să nu aibă venituri din muncă.
- 2.** Tinerii de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu primesc ajutor social, acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat; soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate.
- 3.** Următoarele categorii de persoane, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești:
 - românii persecutați politic în timpul regimului comunist, instaurat în 1945, cei deportați în străinătate sau luați prizonieri;
 - magistrații care au fost înlăturați din justiție pe criterii politice, în perioada 1945-1989;
 - românii persecutați pe criterii etnice în timpul regimurilor instaurate în România între 6 septembrie 1940 și 6 martie 1945;
 - veteranii de război, invalizii și văduvele de război;
 - cei care au urmat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii, în perioada 1950-1961;
 - eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției Române din decembrie 1989;
 - victimele revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987.
- 4.** Persoanele cu handicap care nu au venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepția celor obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.
- 5.** Pacienții care suferă de una din bolile incluse în programele naționale de sănătate (diabet zaharat, cancer, stări posttransplant etc.), dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse. Ei vor beneficia de servicii medicale gratuite până la vindecare.
- 6.** Femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

De asemenea, sunt considerate asigurate, prin lege, persoanele care se află în situațiile enumerate mai jos, contribuțiile lor fiind acoperite din alte surse:

1. Se află în concediu pe fondul incapacității temporare de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale.
2. Se află în concediu și primesc indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani. Părinții care au un copil care suferă de un handicap vor beneficia de această indemnizație până la împlinirea vârstei de 3 ani a acestuia. În această categorie sunt încadrați și cei care se află în concediu și au indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani.
3. Execută o pedeapsă de privare de libertate, se află în arest preventiv sau în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei și nu au venituri.
4. Persoanele care primesc indemnizație de șomaj.
5. Străinii care urmează să fie expulzați din România, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane și se află în procesul de stabilire a identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii.
6. Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social.
7. Pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei.
8. Victimele traficului de persoane cu cetățenie română, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri.
9. Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse.

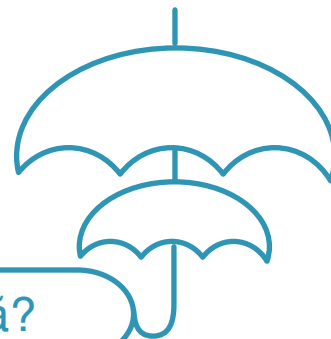
Pentru a putea beneficia de serviciile medicale, o persoană trebuie să demonstreze că este asigurată în sistemul național de sănătate.

Calitatea de asigurat poate fi dovedită, prezentând unul dintre documentele de mai jos:

- adeverința de asigurat, eliberată de CJAS la care este luat în evidență pacientul;
- documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu CJAS a instrumentului electronic, pus la dispoziție de CNAS.

În cazul în care persoana nu este găsită în sistemul informatic, poate dovedi că este asigurată cu ajutorul unor documente specifice:

- talon de pensie, adeverință de șomer sau carnet de șomer cu viză la zi, adeverință de elev/student pentru anul în curs, adeverință de beneficiar a ajutorului social etc.;
- declarație pe propria răspundere că nu realizează venituri (se face la nivelul CJAS, pentru persoanele coasigurate, elevi, studenți, persoane fizice care nu realizează venituri, dar au obligația să se asigure etc.);
- Cardul Național de Asigurări Sociale de Sănătate (în curs de implementare la nivel național).



Ce înseamnă o persoană coasigurată?

O persoană poate să beneficieze de o asigurare de sănătate chiar dacă nu plătește contribuția la FNUASS, dacă unul dintre soți nu are venituri și se află în întreținerea unei persoane asigurate (soț, copil). Pentru a deveni coasigurați, aceste persoane trebuie să se prezinte la casa de asigurări, unde vor depune **adeverințe de venit**, eliberate de administrația financiară de domiciliu, **o copie după actele de identitate, certificatul de căsătorie și documentele de beneficiar al legii privind ajutorul social**.

Un coasigurat va beneficia de aceleași drepturi ca și o persoană asigurată.

Ce este coplata?



Coplata este suma pe care o persoană asigurată o plătește direct pentru a beneficia de servicii medicale din pachetul de bază și pentru care primește o chitanță. Există anumite categorii de persoane care sunt scutite de la coplată, cum ar fi:

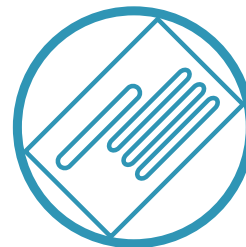
- copiii până la vârsta de 18 ani; tinerii între 18 ani și 26 de ani, dacă sunt elevi sau absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni; ucenicii sau studenții, dacă nu realizează venituri din muncă;
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, pentru serviciile medicale necesare tratării bolii de care suferă, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse;
- pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună;
- toate femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii. Femeile care nu au niciun venit sau au venituri mai mici decât salariul minim brut pe țară sunt scutite de la coplată pentru toate serviciile medicale.

Persoanele care nu au niciun venit sau au venituri mai mici decât salariul minim brut pe țară, pentru a beneficia de serviciile medicale din pachetul de bază, trebuie să depună o declarație pe proprie răspundere privind veniturile realizate.

Coplata nu se încasează pentru serviciile medicale spitalicești, în cazul internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți de Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale. Aceleași decizii se supun și cei internați în urma unei urgențe.

Coplata se încasează pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile unităților sanitare cu paturi, organizate conform prevederilor legale și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

Drepturile și responsabilitățile persoanelor asigurate



Drepturile asiguraților

- În caz de boală sau accident, orice persoană asigurată are dreptul la serviciile medicale din pachetul de bază, în ambulatorii și în spitalele care au contracte semnate cu casele de asigurări de sănătate, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare;
- Persoanele asigurate trebuie să beneficieze de serviciile incluse în pachetul de bază în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- Fiecare persoană asigurată poate să își aleagă furnizorul de servicii medicale, casa de asigurări de sănătate, precum și medicul de familie, pe care are dreptul să îl schimbe după cel puțin 6 luni de la data la care s-a înscris pe listele acestuia. Pacienții care au ales un medic de familie dintr-o altă localitate vor trebui să suporte cheltuielile de transport;
- Pentru a preveni apariția unor afecțiuni sau pentru a depista precoce o boală, asigurații au dreptul să efectueze controalele profilactice necesare și să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății;
- Pacienții internați au dreptul să își primească înapoi banii pentru cheltuielile suportate în timpul spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile de specialitate (facem referire doar la cele care sunt gratuite prin lege);
- Asigurații pot beneficia de **asistență medicală de urgență** și de **îngrijire la domiciliu**, având dreptul și la **tratament fizioterapeutic/de recuperare** și de dispozitive medicale, necesare în tratarea anumitor afecțiuni. Unele **servicii stomatologice** sunt și ele decontate de casele de asigurări;
- Pacienții au dreptul să primească toate informațiile relevante legate de tratamentul indicat;
- Pacienții au dreptul la confidențialitatea datelor personale. Astfel, furnizorii de servicii medicale au obligația de a nu divulga nimănui informațiile legate de diagnosticul și tratamentul pacientului sau alte date din dosarul acestuia;
- Concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate trebuie oferite în condițiile legii.

Obligațiile asiguraților

Pentru ca sistemul de sănătate să funcționeze în condiții normale, în beneficiul populației, este important ca toți asigurații să respecte o serie de obligații, prevăzute de lege, și anume:

- să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- să se prezinte la controalele profilactice și periodice, stabilite prin contractul-cadru;
- să anunțe, în termen de 15 zile, medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata/contribuția personală, în condițiile legii;

- să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele care atestă calitatea de asigurat; (de exemplu: adeverința de asigurat, cupon de pensie, adeverința de salariat/șomaj etc.). Aceste documente nu vor mai fi necesare odată cu intrarea în uz a Cardului de Sănătate.

Drepturile și responsabilitățile persoanelor neasigurate

Drepturile neasiguratului

Persoanele care nu pot dovedi faptul că sunt asigurate sunt considerate, din punct de vedere legal, ca fiind neasigurate. Ele beneficiază de serviciile medicale din pachetul minimal, în situațiile în care viața acestora sau sănătatea membrilor comunităților din care fac parte este pusă în pericol. Aici, ne referim la urgențele medico-chirurgicale, bolile infecțioase (hepatita, gripa, TBC, bolile cu transmitere sexuală, HIV/SIDA, varicela, rujeola etc.), controalele în timpul sarcinii și cele postnatale, serviciile de planificare familială.

Obligațiile neasiguratului

După ce au beneficiat de unul dintre serviciile incluse în pachetul minimal, prevăzut pentru persoanele neasigurate, acestea vor trebui să suporte restul cheltuielilor necesare în procesul de îngrijire. Pacienții fără asigurare medicală nu vor primi rețete pentru medicamentele eliberate gratuit sau compensat, dar nici trimiteri pentru diverse investigații sau tratamente de recuperare.

Drepturile pacientului

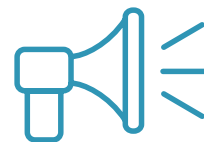
Dreptul la sănătate



Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată de Organizația Națiunilor Unite (ONU), consfințește dreptul oricărei persoane la sănătate și îngrijire medicală. În Constituția României, această prevedere a fost aprofundată, articolul 34 (aliniatele 1, 2, 3) precizând faptul că „dreptul la ocrotirea sănătății este garantat”, iar statul are obligația de a asigura igiena și sănătatea populației.

Având ca punct de pornire Principiile Drepturilor Pacienților în Europa privind promovarea și implementarea acestora în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății, România a adoptat Legea 46/2003 privind drepturile pacientului și Ordinul MS 386/2004 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii 46/2003.

Dreptul pacientului de a fi informat



Orice pacient român are dreptul să fie informat, într-o manieră amabilă și în limba maternă, asupra serviciilor medicale care îi sunt puse la dispoziție, precum și asupra identității și experienței profesionale a furnizorilor de servicii de sănătate. De asemenea, pacientul are dreptul să primească informații cu privire la starea sa de sănătate, tratamentul și intervențiile la care va fi supus etc. În cazul în care el nu poate cere aceste informații singur din diverse motive, poate delega o altă persoană să afle informațiile necesare. Pacientul poate, de asemenea, decide dacă dorește să fie pus la curent și cu alte informații care i-ar putea cauza suferință. Cu acordul său, rudele și prietenii pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament.

Pacientul are dreptul la o altă opinie medicală, precum și să primească, la externare, scrisoare medicală.

Consimțământul pacientului pentru realizarea unei intervenții medicale



Înainte de orice intervenție medicală, pacientul trebuie să își dea acordul cu privire la tratamentul pe care l-a indicat doctorul. Persoanele majore pot opri o intervenție, cu condiția să își asume, în scris, această hotărâre. Pentru copiii minori vor decide aparținătorii sau o comisie specială, dacă în joc este pusă viața pacientului. În cazul urgențelor medicale, însă, nu mai este necesar consimțământul părinților sau al rudelor. Există situații când acordul bolnavului este obligatoriu: atunci când este necesară recoltarea, păstrarea sau folosirea probelor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului sau când se dorește folosirea cazului în învățământul medical și cercetarea științifică.

Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimțământul său. Excepție fac situațiile în care se stabilește diagnosticul și pentru evitarea suspectării culpei medicale.

Dreptul la confidențialitatea informațiilor și viață privată



Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale etc. sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia.

Aceste date pot fi, însă, furnizate unei persoane străine doar dacă pacientul este de acord sau dacă o cere legea. Din punct de vedere legal, este interzis amestecul în viața privată sau de familie a bolnavului, cu excepția cazului în care el prezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea celor din jur.

Drepturile pacientului în domeniul reproducerii



Înainte de a concepe un copil, fiecare dintre noi trebuie să știe că are dreptul la planificare familială eficientă și lipsită de riscuri, iar femeia poate să decidă singură dacă dorește sau nu să devină mamă. Pe de altă parte, dreptul femeii la viață este mai presus de orice, în cazul în care sarcina reprezintă un factor de risc major și imediat pentru viața acesteia.

Pacientul are dreptul la viață sexuală normală și sănătatea reproducerii fără discriminare. De asemenea, el are dreptul să aleagă metode sigure privind sănătatea reproducerii.

Dreptul pacientului la tratament și îngrijiri medicale



În caz de boală, toți pacienții au dreptul la îngrijiri medicale până în momentul ameliorării stării de sănătate sau vindecării depline. În caz că este necesară selecția bolnavilor pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, ei sunt aleși numai în funcție de criteriile elaborate de Ministerul Sănătății.

Pacienții internați pot cere ajutorul unui medic acreditat din afara spitalului și se pot bucura de sprijinul familiilor și al prietenilor pe toată perioada tratamentului. În același timp, bolnavii au dreptul la îngrijiri terminale până în ultimul moment, pentru a putea muri în demnitate.

De asemenea, aceștia au dreptul la asistență medicală de urgență, la asistență stomatologică de urgență și la servicii farmaceutice, în program continuu.

Personalul medical care se face vinovat de încălcarea vreunui dintre drepturile pacienților, prevăzute în legislația României, riscă să răspundă disciplinar, contravențional sau chiar penal, în funcție de gravitatea fetei comise.

Capitolul 2

Pacientul în raport cu diferitele paliere ale sistemului de sănătate, public sau privat

Pacientul în raport cu serviciile de asistență medicală primară

Responsabilitățile medicului de familie

Primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate este asigurat de medicul de familie, care are obligația de a-i acorda acestuia primele îngrijiri și de a-l îndruma spre specialiștii de care are nevoie. Fiecare pacient trebuie tratat în mod egal, fără să fie discriminat, medicul de familie fiind cel care se ocupă de toate problemele de sănătate ale acestuia. Datorită comunicării directe, între pacient și medic se creează o relație de încredere, foarte importantă pentru menținerea și restabilirea sănătății. De altfel, medicul de familie este responsabil și de promovarea sănătății și a stării de bine a pacienților prin intervenții adecvate și eficiente.

Tot medicul de familie realizează consultații de urgență, înregistrate prin sistemul național de urgență, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie, precum și în regim de gardă, prin intermediul centrelor de permanență. Serviciile medicale furnizate în cadrul cabinetului de medicină de familie se adresează atât pacienților asigurați, înscriși pe lista proprie sau pe lista altor cabinete, cât și pacienților neasigurați.

În județul Sălaj, la sfârșitul anului 2013, funcționau 121 de cabinete medicale de familie, dintre care 57 de unități în mediul urban, iar 64 de unități în mediul rural.



Centrele de permanență sunt acelea în cadrul cărora se asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie.

Cabinetul de medicină de familie poate desfășura următoarele activități:

- intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale, precum și în afecțiunile acute;
- activități de medicină preventivă;
- activități medicale curative;
- activități de îngrijire la domiciliul pacientului;
- activități de îngrijiri paliative;
- activități de consiliere;

- alte activități medicale, în conformitate cu atestatele de studii complementare;
- activități de învățământ în medicina de familie, în cabinetele medicilor instructori formatori;
- activități de cercetare științifică;
- activități de suport.

În asistența medicală primară există două tipuri de pachete de servicii medicale:

- **pachetul minimal** - de care beneficiază persoanele neasigurate;
- **pachetul de bază** - de care beneficiază persoanele asigurate.

Ce include pachetul minimal de servicii medicale?*

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicale:

- asistența medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical, în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie, în timpul programului de muncă;
- medicamentația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii;
- cazurile de urgență medico-chirurgicale care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca „urgență” de către medicul de familie în documentele de evidență primară din cabinet, inclusiv medicamentația și procedurile medicale administrate aici, dacă este cazul.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și **depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic** (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către alți specialiști pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz)

C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale:

- luarea în evidență în primul trimestru al sarcinii;
- supravegherea lunară, din luna a 3-a până în luna a 7-a; în situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- supravegherea lăuzei la domiciliu, după externarea din maternitate;
- supravegherea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere.

Pe perioada supravegherii gravidei se promovează alimentația exclusivă la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consiliere pre și post testare pentru HIV și lues (sifilis) a femeii gravide.

D. Activități de suport:

- eliberarea actelor medicale: certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- consilierea femeii privind planificarea familială;
- indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

* De serviciile din pachetul minimal beneficiază doar pacienții neasigurați.

Ce include pachetul de servicii medicale de bază?*

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicale:

- asistența medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical, în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie, în timpul programului de muncă;
- medicamentația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii;
- cazurile de urgență medico-chirurgicale care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca „urgență” de către medicul de familie în documentele de evidență primară din cabinet, inclusiv medicamentația și procedurile medicale administrate aici, dacă este cazul.

B. Servicii medicale de prevenție:

Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psiho-motorii a copilului prin examene de bilanț, periodice, la următoarele intervale de timp:

- la externarea din maternitate - la domiciliul copilului; la 1 lună - la domiciliul copilului. Următoarele examinări se vor face la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și la 36 de luni.

Consultații pentru servicii medicale de prevenire:

- examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;
- control medical periodic al asiguraților cu vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate. Acesta prevede o consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic), urmată de o recomandare pentru examene paraclinice, dacă pacientul este suspectat de o afecțiune fizică sau psihică, care va fi consemnată în foaia de observație, și încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc. Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau a medicului de familie, nu mai mult de o dată pe an.
- supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor. Acesta include sfatul medical, recomandări de regim igienico-dietetic și alte activități care nu se finalizează cu eliberarea de prescripții medicale sau prescriere de investigații medicale paraclinice.

Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- luarea în evidență în primul trimestru al sarcinii;
- supravegherea lunară, din luna a 3-a până în luna a 7-a; în situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a acesteia, nu și supravegherea;
- supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- supravegherea, la domiciliu, a lăuzei, la externarea din maternitate, iar apoi la 4 săptămâni de la naștere.

** De serviciile medicale din pachetul de bază beneficiază doar pacienții asigurați.

Pe perioada supravegherii gravidei se promovează alimentația exclusivă la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues (sifilis) a femeii gravide.

Supravegherea (evaluarea factorilor înconjurători, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și **depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic** (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către alți specialiști pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- consilierea femeii privind planificarea familială;
- indicarea unei metode contraceptive persoanelor fără risc.

Servicii de promovare a unui stil de viață sănătos:

- educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigații paraclinice, în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- eliberarea biletelor de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare în spital, pentru cazurile care necesită acest lucru sau care depășesc competența medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale pentru protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau lunar.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice:

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare bolnavilor cu afecțiuni cronice, care sunt monitorizate și de casele de asigurări de sănătate, prin cabinetul medicului de familie, acesta va realiza o evidență specifică, utilizând formularele de raportare, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi presupune întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare și raportarea lunară a modificărilor intervenite.

E. Consultații la domiciliul persoanelor asigurate:

Pacienții pot beneficia de cel mult 21 de consultații pe lună la un medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

F. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță:

Prin sisteme de telemedicină rurală, dezvoltate de Ministerul Sănătății.

G. Servicii medicale paraclinice:

Efectuarea și interpretarea imaginilor primite în timpul unei ecografii generale (abdomen + pelvis), realizate în limita competenței și a dotărilor necesare;

H. Activități de suport:

Eliberarea actelor medicale: certificat de concediu medical; bilete de trimitere; prescripții medicale; certificat constatator de deces (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale); scutiri medicale pentru copii, în caz de îmbolnăviri; acte medicale necesare copiilor aflați în plasamentul din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului; documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.

I. Efectuarea și interpretarea datelor rezultate în urma unui test EKG pentru:

- alte situații decât cele prevăzute la litera F și numai pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate;
- serviciile medicale din pachetul de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ și din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistență medicală la domiciliu. Medicamentele și materialele sanitare necesare se asigură de către cabinetele medicale, cu excepția celor asigurate de către alte instituții, în condițiile legii;
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, și pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale în domeniul sănătății beneficiază de asistența medicală primară, conform serviciilor prevăzute de lege, respectiv de documentele internaționale semnate;
- persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale sau cei asigurați doar facultativ suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie.

Documente necesare înainte de a merge la medicul de familie



- dovada calității de asigurat: adeverință de salariu; cupon de pensie; certificat de naștere; adeverință de elev/student; adeverință de asigurat, eliberată de instituțiile abilitate (AJOFM pentru șomeri, primăriile de domiciliu pentru beneficiarii de ajutor social etc.), în funcție de încadrarea pacientului în una dintre categoriile de persoane asigurate;
- act de identitate.

Pacientul în raport cu asistența medicală prespitalicească

Asistența medicală publică de urgență, în faza prespitalicească, se asigură prin:

- **Serviciul județean de Ambulanță**, cu sediul în Zalău și cu patru substații în Șimleu Silvaniei, Jibou, Cehu Silvaniei și comuna Crasna;
- **Unitatea de Primiri Urgențe UPU - SMURD** din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău;
- **Subunități SMURD** din cadrul unităților de pompieri din Șimleu Silvaniei, Ileanda și Nușfalău;
- **Camere de gardă** din cadrul spitalelor din Șimleu Silvaniei, Jibou, Crasna;
- La nivelul județului sunt organizate patru **Centre de permanență**, în Cehu-Silvaniei, Zalău, Crasna și Hida.

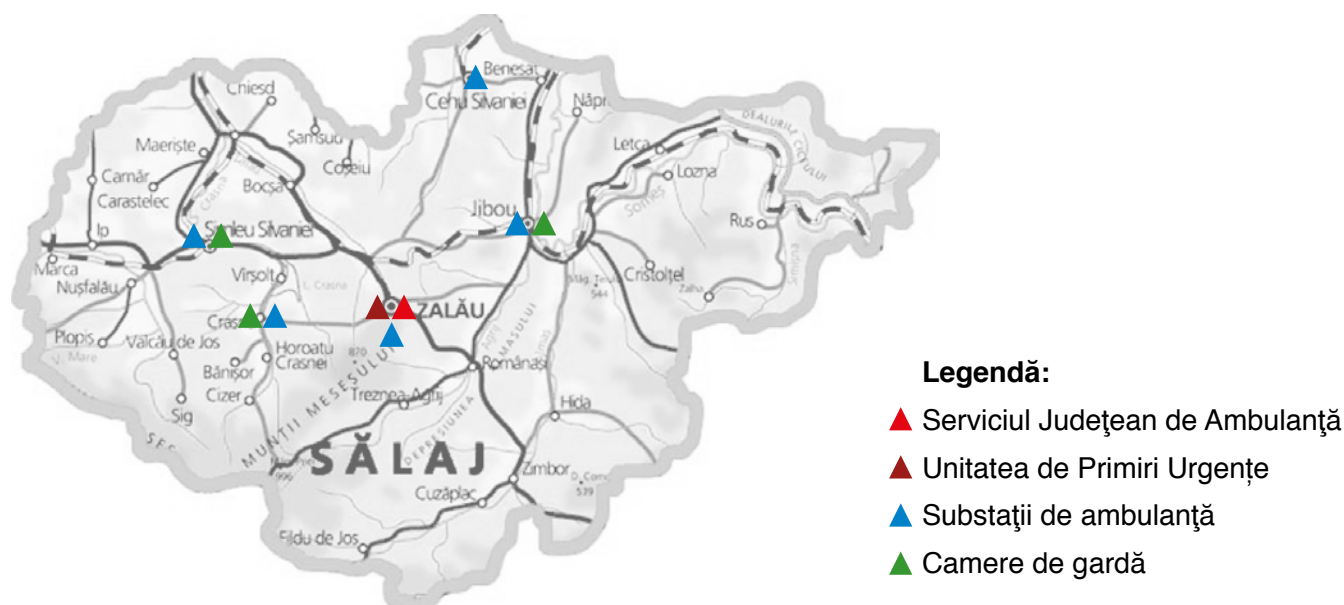


Figura 1: Unitățile care asigură activitatea medicală de urgență

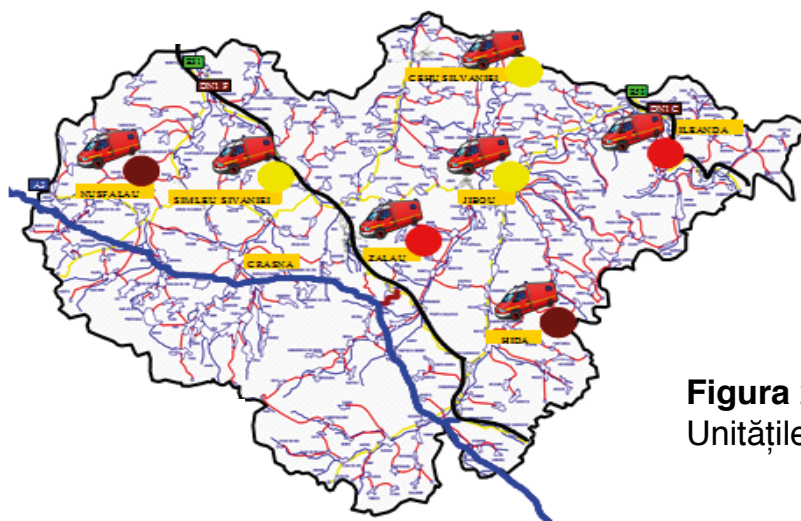


Figura 2:
Unitățile SMURD








Boală acută înseamnă un episod sau o boală de scurtă durată sau acutizarea unei boli cronice care nu pune în pericol funcțiile vitale ale organismului uman. Exemplu: febra, boala diareică, amigdalita, colica biliară, renală, astenia, viroza respiratorie etc.



Urgența este o condiție medicală, apărută brusc, sau agravarea unei condiții medicale cronice care pune în pericol viața persoanei (funcția respiratorie și circulatorie și starea de conștiență).

În funcție de gravitatea lor, în pre-spital, urgențele sunt clasificate folosind criteriul culorilor pe coduri. Astfel, în ordinea descrescătoare a gradului de urgență, există următoarele categorii:

	NIVEL I	COD ROȘU	RESUSCITARE
	NIVEL II	COD GALBEN	CRITIC
	NIVEL III	COD VERDE	URGENT
	NIVEL IV	COD ALBASTRU	BOALĂ ACUTĂ
	NIVEL V	COD ALB	CONSULT

* Pentru mai multe informații privind definirea urgențelor medicale în funcție de gravitatea lor, consultați Anexa 1.

Pacientul în raport cu serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu

Cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul Spitalului Județean de Urgență Zalău (SJUZ) oferă următoarele categorii de servicii:

- servicii medicale preventive;
- de stabilire a diagnosticului;
- de efectuare a tratamentului în regim ambulatoriu, în vederea protejării, menținerii sau îmbunătățirii stării de sănătate a populației, atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru neasigurați;
- servicii medicale de urgență, în limita competenței și a dotării cabinetelor cu aparatură, medicamente și instrumentar medical.

Pacienții asigurați au acces la toate serviciile medicale din ambulatoriu, acestea fiind decontate de casele de asigurări, în timp ce persoanele neasigurate beneficiază de servicii medicale de urgență. La cerere, neasiguraților le pot fi puse la dispoziție și alte servicii medicale, contra cost.

Spitalul Județean de Urgență Zalău acordă servicii medicale în ambulatoriu în următoarele specialități clinice: medicină internă, cardiologie, O.R.L., oftalmologie, chirurgie generală, obstetrică-ginecologie, neurologie, ortopedie și traumatologie, dermatovenerologie, endocrinolo-

gie, urologie, chirurgie și ortopedie infantilă, gastroenterologie, psihiatrie, psihiatrie pediatrică, pediatrie, hematologie, nefrologie, reumatologie, chirurgie plastică, microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oncologie medicală, medicină sportivă, planificare familială și medicina muncii.

Pentru a se **programa în vederea efectuării consultațiilor în ambulatoriu**, pacienții au la dispoziție următoarele variante: prin prezentarea directă la Fișierul ambulatoriului sau telefonic, la numărul 0260/616920, int. 140 (fișier) sau +40 752/269700.

Cea mai nouă modalitate de programare, implementată deja la nivelul spitalului și utilizată de pacienți, este programarea on-line, **pe www.spitalzalau.ro**, secțiunea „Programări online”. Este nevoie de doar câteva minute pentru a completa formularul cu date relevante despre pacient, medicul la care dorește să fie programat și o scurtă descriere a simptomelor. După primirea formularului de către personalul responsabil, pacientului i se va comunica, telefonic sau pe e-mail, data și ora programării, iar el, la rândul său, va trebui să confirme telefonic dacă este de acord. În cazul în care pacientul acceptă programarea, trebuie să se prezinte la Fișierul ambulatoriului la data și ora comunicată, cu biletul de trimitere și dovada calității de asigurat pentru a primi numărul de ordine rezervat, evitând, astfel, aglomerația.

Consultația medicală de specialitate din ambulatoriu include:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile, efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

La finalizarea consultației, medicul specialist are obligația de a elibera pacientului scrisoarea medicală pentru informarea medicului de familie, rețeta, unde este trecut tratamentul indicat și certificatul de concediu medical, dacă este cazul.

Spitalul Județean de Urgență Zalău
acordă servicii medicale paraclinice în ambulatoriu prin:

Laboratorul de analize medicale:

- Hematologie
- Biochimie
- Imunologie
- Analize de urină
- Examen bacteriologice prelevate

Laboratorul de radiologie și imagistică medicală:

- Ecografie generală, părți moi, articulații, ecografie mamară
- Angio Computer tomograf (CT)
- CT craniu, torace, abdomen, pelvis, membre, coloană
- Osteodensitometrie
- Mamografie, radiografii

Laboratorul de explorări funcționale:

- EKG, audiometrie, spirometrie, campimetrie computerizată
- Endoscopie digestivă superioară cu biopsie
- Rectoscopie, rectosigmoidoscopie, colonoscopie cu biopsie

Serviciul de Anatomie Patologică

- Examen histopatologic și de citologie, inclusiv examenul Babeș-Papanicolau

Persoanele asigurate beneficiază de toate investigațiile paraclinice, necesare pentru stabilirea diagnosticului. Ele sunt efectuate în regim ambulatoriu și decontate de casele de asigurări, la recomandarea medicului de familie sau a medicului specialist, în funcție de diagnosticul prezumtiv.

Programarea pentru investigațiile paraclinice se face direct, la fișierele Laboratorului de analize medicale și Radiologie și imagistică medicală.

Deși consultațiile de specialitate și investigațiile paraclinice sunt, de obicei, gratuite, există situații în care pacienții trebuie să asigure costul acestora din propriile venituri:

- atunci când fondurile alocate serviciilor paraclinice sunt epuizate, iar pacientul solicită efectuarea investigațiilor și nu acceptă să fie programat la o altă dată, el va trebui să le plătească;
- dacă pacientul dorește să fie neapărat consultat de un medic anume, iar acesta are lista de programări completă pentru o perioadă mai mare de timp, el poate cere să fie primit într-un timp mai scurt, dar va trebui să achite costul consultației;
- dacă pacientul nu este asigurat (sau nu poate face dovada calității de asigurat) ori nu deține un bilet de trimitere, el va putea avea acces la serviciile medicale doar contra cost.

Documente necesare pentru a beneficia de consultație medicală în ambulatoriu



Consultația medicală de specialitate din ambulatoriu se acordă asiguraților, pe baza:

- biletului de trimitere primit de la medicul de familie
- sau de la un medic de specialitate, numai după ce asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate.

Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate, cronice, precum și serviciile de planificare familială care permit prezentarea directă la medicul de specialitate din ambulatoriu. **Pacientul nu va mai avea nevoie de bilet de trimitere și se va putea prezenta direct la medicul de specialitate, pentru a doua și a treia consultație, în vederea stabilirii diagnosticului și/sau a tratamentului.**

Pentru a beneficia de consultație medicală în ambulatoriu, asigurații trebuie să prezinte următoarele documente:

- biletul de trimitere completat corect și integral;
- dovada calității de asigurat (cupon de pensie, adeverință de salariat/șomaj etc.);
- actul de identitate.

Serviciile medicale paraclinice în ambulatoriu se acordă pacienților asigurați, pe baza biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, emis de medicul de familie sau medicul specialist.

Pacienții neasigurați beneficiază de serviciile medicale clinice ambulatorii cu plată sau gratuit dacă:

- afecțiunea se încadrează în categoria urgențelor medico-chirurgicale sau a bolilor infecto-contagioase;
- la aceste servicii bolnavii au acces pe baza actului de identitate sau a chitanței de plată a consultației, după caz.

Serviciile medicale paraclinice în ambulatoriu se acordă persoanelor neasurate numai cu plată.

Consultația de urgență în ambulatoriu

Pentru afecțiunile încadrate în categoria urgențelor medico-chirurgicale și a bolilor infecto-contagioase din grupa A nu este necesară prezentarea biletului de trimitere și a documentelor care permit accesul pacientului la serviciile medicale clinice în ambulatoriul de specialitate, indiferent de calitatea de asigurat a acestuia.

În toate situațiile în care pacienții neasigurați se prezintă în ambulatoriu, aceștia beneficiază de servicii medicale de urgență (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical, în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate, și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Pentru cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

Consultația de urgență în ambulatoriu include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate, acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului, precum și biletul de trimitere pentru internare în spital, pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate.

Consultația de specialitate în ambulatoriu, pentru cazurile de urgență a persoanelor neasurate, se acordă în baza actului de identitate prin care se certifică faptul că pacientul este cetățean român și, prin urmare, poate beneficia de servicii medicale de urgență gratuite.

Ce presupune tratamentul în ambulatoriu?

Asigurații beneficiază de tratament în ambulatoriu în **regim compensat** sau **gratuit**, în funcție de patologia pe care o prezintă în baza prescripției medicale. Aceasta este emisă de medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriul clinic sau de către medicul specialist la externarea din spital (medici care sunt în contract cu o casă de asigurări de sănătate).

Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3-7 zile, în cazul afecțiunilor acute, de până la 8-10 zile, în cazul afecțiunilor subacute și de până la 30-31 de zile, pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

Pentru pacienții cu boli cronice stabilizate, pentru care a fost realizată deja o schemă terapeutică,

medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile. Perioada este stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției, aceasta fiind menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare. Acești asigurați nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă.

Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi-, cuprinde medicația pentru maximum 30-31 de zile.

Pentru bolnavii care sunt incluși în „Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună”, medicul de familie poate prescrie medicamente în urma consultului realizat de alți specialiști, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale. Rețeta este eliberată pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, aceasta fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției și menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare. Acești asigurați nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă.

Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar pentru afecțiunile acute și subacute, prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore. Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală, care se acordă în tratamentul ambulatoriu, se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și, în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.



Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, necesar pentru prescrierea medicamentelor, cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu.

Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

- pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani, gravide și lăuze, tineri de 18-26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din FNUASS;
- pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;
- pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor, al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință.

În ce condiții beneficiază pacientul de medicamente compensate?

Pentru a beneficia de medicamentele de pe Lista B, compensate în procent de 90%, persoanele cu venituri din pensii sub 700 lei pe lună trebuie să prezinte medicului de familie **ultimul talon de pensie, actul de identitate**, precum și o **declarație pe propria răspundere** din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună. Medicul de familie, la rândul său, va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere.

Este foarte important ca fișa medicală a fiecărui pensionar cu venituri sub 700 de lei să fie însoțită de această declarație (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată cu ocazia celorlalte prescripții medicale) și să conțină înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei pentru a beneficia de prescripția medicală. Dacă aceste elemente lipsesc, medicul de familie se face vinovat de neglijență și va fi tras la răspundere.

În situația în care, în baza de date a cabinetului medical există declarația dată pe propria răspundere de către pensionar, anexată la fișa medicală, precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere de către pensionar nu este conformă realității, răspunderea îi revine asiguratului (pensionarului).

Eliberarea medicamentelor

Medicamentele se eliberează de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență bolnavul. Este necesar, însă, ca furnizorul de medicamente să aibă contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul care a eliberat rețeta medicală. Pacientul va semna neapărat că i s-au eliberat medicamentele pe prescripția medicală, unde se vor menționa: numele și prenumele, seria și numărul actului de identitate, codul numeric personal/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul pașaportului și data eliberării medicamentelor.

Pentru prescripțiile electronice on-line și off-line, dacă pacientul renunță la anumite DCI-uri*/medicamente, farmacistul va completa rețeta numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul o va semna. El va trebui să precizeze pe prescripție medicamentele la care bolnavul a decis să renunțe și să o depună la casa de asigurări de sănătate. În această situație, medicamentele neeliberate nu pot fi emise de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția electronică on-line, dacă farmacia nu a putut elibera anumite DCI-uri/medicamente, iar pacientul nu renunță la ele, el se poate adresa altor furnizori. În această situație, farmacia la care a mers în primă fază asiguratul va lista un exemplar cu DCI-urile/medicamentele eliberate, pentru ca acesta să poată căuta medicamentele neeliberate în altă parte.

*DCI = denumire comună internațională

Responsabilități

- Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3-, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, **cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.**
- În cazul în care medicamentele eliberate au prețul pe unitatea terapeutică (tabletă, fiolă etc.) mai mare decât cel de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție.
- Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

Pacientul în raport cu serviciile medicale spitalicești

Accesul pacienților la serviciile medicale spitalicești se realizează prin intermediul:

- **cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate.** După ce s-au prezentat pentru un consult de specialitate, ei sunt internați dacă diagnosticul și tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau sunt necesare anumite intervenții chirurgicale pentru rezolvarea cazului;
- **unităților UPU-SMURD.**

În urma triajului efectuat, pacienții cu urgențe medico-chirurgicale, a căror viață este sau poate fi pusă în pericol, sunt internați în spital până la rezolvarea problemei lor de sănătate. În aceeași situație sunt și pacienții care suferă de boli cu potențial endemo-epidemic sau cei cu boli psihice, prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul Penal, precum și cazurile care necesită izolare sau internare obligatorie în timpul judecării sau a urmăririi penale, iar procurorul dispune acest lucru prin ordonanță. De asemenea, femeile care urmează să nască sunt spitalizate.

Documente necesare pacientului pentru a beneficia de serviciile medicale spitalicești



Pentru a se interna în spital, pacienții trebuie să dețină:

- biletul de trimitere (documentul emis de medicul de familie sau un alt medic specialist, în baza căruia pacientul beneficiază de consult de specialitate, în urma căruia medicul decide internarea);
- dovada calității de asigurat;
- actul de identitate.

Dacă diagnosticul stabilit se încadrează în categoria urgențelor, au nevoie doar de un act de identitate sau de Cardul European de Asigurări de Sănătate, dacă sunt cetățeni ai statelor UE. Ei sunt internați în spital până la rezolvarea situației care a generat urgența. Dacă este necesară acordarea serviciilor medicale în continuare, dar cazul nu mai reprezintă o urgență, pacientul trebuie să facă dovada calității de asigurat sau, la cerere, poate să achite cheltuielile generate de acordarea asistenței medicale, până la rezolvarea definitivă a cazului.

Pentru a oferi medicului curant cât mai multe informații despre afecțiunile de care suferă, pacientul ar trebui să prezinte:

- cele mai recente analize medicale;
- lista medicamentelor pe care le iau pentru tratarea eventualelor afecțiuni cronice;
- medicamentele eliberate pentru tratamentul afecțiunilor cronice sau a celor incluse în programele naționale de sănătate.

Care sunt serviciile medicale spitalicești acordate pacientului?

1. Servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă. Acestea presupun o formă de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă, până la rezolvarea completă a cazului de boală.

2. Spitalizarea de zi reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă, pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore. Pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile. Se apelează la acest tip de spitalizare în cazurile în care diagnosticul nu poate fi stabilit, iar tratamentul nu poate fi monitorizat în ambulatoriu. În afară de aceste situații, pacienții beneficiază de servicii de spitalizare de zi în cazuri de chimioterapie, implant de cristalin, întrerupere de sarcină cu recomandare medicală, unele servicii medicale de oftalmologie, ortopedie, O.R.L., unele servicii de mică chirurgie, monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA, tratamentul și profilaxia rabiei.

Serviciile hoteliere



Toți pacienții internați în spital, în regim de spitalizare continuă, beneficiază de servicii hoteliere peste standard (rezervă cu 1 sau 2 paturi), saloane cu maxim 5 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare, și dotate cu buton de apelare asistență, priză de oxigen, aer comprimat, priză de date și lampă de citit la fiecare pat. Masa este acordată individual și în funcție afecțiunea de care suferă pacientul. Spitalul, din suma contractată de la casa de asigurări de sănătate, suportă cheltuielile aferente serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) și pentru însoțitorii copiilor bolnavi, în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste cel standard, acordate la cererea acestora. De asemenea, în limita locurilor disponibile, însoțitorii pacienților minori, cu vârsta de peste 3 ani, sau însoțitorii altor categorii de pacienți pot beneficia, la solicitarea acestora și contra cost, de servicii hoteliere și masă pe perioada în care însoțesc pacientul în spital.

Drepturile și obligațiile pacienților care beneficiază de servicii medicale spitalicești

1. Dreptul la servicii medicale vs. obligații:

Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate, de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.

Ei sunt obligați să respecte programul zilnic al secției.

2. Dreptul la respect, intimitate și demnitate vs. obligații:

Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale, să fie tratat politicos, cu respect și atenție, fără nicio discriminare, indiferent de sex, religie, etnie, stare materială etc.

Fumatul și consumul de băuturi alcoolice în spital sunt interzise.

3. Dreptul la informare vs. obligații:

Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza. De asemenea, el trebuie să fie pus la curent cu regulile pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării. El are dreptul să știe toate detaliile despre starea sa de sănătate și diagnosticul său, intervențiile medicale propuse și riscurile pe care le presupun acestea, alternativele existente la procedurile propuse, inclusiv ce se întâmplă dacă nu va accepta tratamentul și nu va respecta recomandările medicale.

Pacientul are dreptul să decidă dacă mai dorește să fie informat, în cazul în care detaliile oferite de către medic i-ar putea cauza, în vreun fel, suferință și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, iar, la externare, să solicite și să primească un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.

Înainte de a beneficia de un consult, pacientul este obligat să le prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea sa de asigurat. El trebuie să respecte indicațiile medicale referitoare la tratament și regimul igienico-dietetic.

4. Dreptul de a alege vs. obligații:

Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa.

El nu poate părăsi incinta spitalului în perioada internării.

5. Dreptul la confidențialitate:

Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia. El are acces la datele medicale personale și are dreptul să i se garanteze păstrarea confidențialității datelor medicale.

Pacientul va avea un comportament cuviincios în relațiile cu personalul medico-sanitar și cu ceilalți pacienți.

6. Drepturile pacientului în domeniul reproducerii vs. obligații:

Înainte de a concepe un copil, fiecare dintre noi trebuie să știe că are dreptul la planificare familială eficientă și lipsită de riscuri, iar femeia poate să decidă singură dacă dorește sau nu să devină mamă.

Orice pacient, fără excepție, trebuie să aibă acces la informații, educație și anumite servicii, pentru a avea parte de o viață sexuală satisfăcătoare și lipsită de pericole, aici fiind inclus și dreptul de a folosi metode de contracepție sau de reglare a fertilității care să fie sigure și legale.

Pacientul este obligat să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea sa de asigurat.

7. Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale:

Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat. Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue, până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare, el beneficiind și de asistență medicală de urgență, asistență stomatologică de urgență și servicii farmaceutice, în program continuu.

Orice pacient are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri cu demnitate.

8. Dreptul la confort:

Pacientul are dreptul să se simtă confortabil în timpul investigațiilor și tratamentelor medicale.

9. Dreptul la servicii medicale continue:

Pacientul are dreptul să beneficieze continuu de metode de prevenire și tratament, atât timp cât este nevoie sau dorește.

10. Dreptul la opinie:

Pacientul are dreptul să-și poată exprima opinia despre toate serviciile de sănătate, metodele de tratament pe care le preferă etc.

În ce condiții sunt rambursate
cheltuielile pacienților spitalizați?

Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (art. 218, alin. 2, lit. D 1) prevede faptul că asigurații pot „beneficia de rambursarea tuturor cheltuielilor, efectuate pe perioada spitalizării, pentru medicamente, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile impuse de contractul-cadru.” Astfel:

(1) Spitalele sunt obligate să suporte, pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți să aibă acces fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli, la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.”

În cazul Spitalului Județean de Urgență Zalău, atunci când nu poate asigura medicamentele/materialele sanitare sau investigațiile paraclinice necesare acordării îngrijirilor unui pacient pe perioada internării, medicul curant al acestuia poate prescrie aceste medicamente/materiale pentru a fi achiziționate de către pacient de la farmaciile cu circuit deschis. Acestea se pot prescrie doar pe rețetă simplă, cu parafa medicului curant și ștampila secției în care au fost prescrise. În baza documentelor întocmite de medicul curant, avizate de șeful secției și aprobate de managerul spitalului, pacienții pot beneficia de prevederile legale privind rambursarea cheltuielilor, doar cu îndeplinirea cerințelor stabilite prin metodologia existentă.

Externarea pacienților

La externare, pacienții primesc de la medicul curant:

- scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
- scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital se transmite (în original sau copie), medicului de familie;
- în baza biletului de ieșire din spital, pacientul are dreptul la 2 consultații în cabinetul de specialitate din ambulatoriu, fără a fi necesar biletul de trimitere;
- la externare, pacienții mai primesc, după caz, prescripții medicale, în funcție de tratamentul indicat, și certificat de concediu medical pe perioada internării și în continuare, dacă este cazul;
- decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată pacientului.

Dacă, la externare, pacienții au nevoie de transport cu autospecialele serviciului de ambulanță, acesta se realizează, în mod gratuit, doar în cazul persoanelor cu fracturi ale membrilor inferioare, imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale; bolnavi cu deficit motor neurologic major; bolnavi cu amputații recente ale membrilor inferioare; bolnavi cu stări cașectice; bolnavi cu deficit motor sever al membrilor inferioare; arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV; insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV; status post revascularizare miocardică (prin hy-pass aorto-coronarian) și revascularizare periferică (by-pass aortofemural etc.); malformații vasculare cerebrale rupte neoperate (anevrisme, malformații arterio-venoase); malformații vasculare cerebrale operate (anevrisme, malformații arterio-venoase); alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată; tumori cerebrale operate; hidrocefalii interne operate; BPOC oxigenodependent și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract.

Transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat un contract, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat.

Pacientul în raport cu serviciile paraclinice

Asigurații beneficiază de servicii paraclinice (VSH, hemoleucogramă, glicemie, colesterol, CT, RMN etc.) pe baza biletului de trimitere, emis de medicul de familie sau de medicii specialiști din ambulatoriu, prin programare la furnizorul de servicii paraclinice, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate, aceeași cu care se află în contract și medicul prescriptor, în limita unei valori de contract.

Serviciile preventive sunt acordate în funcție de riscogramă (riscul de a contracta o anumită afecțiune), astfel, asigurații pot beneficia de un număr limitat de investigații, recomandate de medicul de familie, sau în cazul urmăririi evoluției sarcinii.

Serviciile realizate în cazul unor boli acute/subacute și cronice pot fi efectuate de către laboratoarele medicale, aflate în relație contractuală cu CJAS, pe baza biletului de trimitere, într-un număr limitat ca posibilitate de recomandare din partea medicului de familie. Investigațiile de înaltă specialitate (RMN, CT, angiografie) pot fi recomandate doar de medicii specialiști din ambulatoriu. Aceste servicii vor fi decontate din fond într-un procent de 60% din tariful practicat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, diferența fiind suportată de asigurat.

Serviciile paraclinice, solicitate de o persoană asigurată, în afara recomandării medicului, sunt considerate servicii la cerere, iar cheltuielile sunt suportate de asigurat.

Pacientul în raport cu serviciile de asistență stomatologică

Începând cu anul 2014, pacienții beneficiază de servicii stomatologice din pachetul de bază, în funcție de categoria de asigurat din care fac parte. Astfel, de serviciile de tip profilactic beneficiază atât copiii, cât și persoanele încadrate prin legi speciale, CJAS decontând, în acest caz, 100% din tariful serviciului respectiv. Pentru unele servicii (ex. extracția sau proteza acrilică), în cazul asiguraților cu vârsta de peste 18 ani, decontarea din fond este la un nivel de 60% din tariful practicat în sistemul de asigurări de sănătate.

Pentru asigurații încadrați prin anumite legi speciale, dacă serviciile sunt acordate în unități sanitare de stat, civile sau militare, decontarea lor este 100% din tariful practicat în sistemul de asigurări de sănătate, iar dacă sunt acordate în alte unități de tip „cabinet stomatologic”, care se află în relație contractuală cu CJAS, tariful decontat din fond este 60% din cel practicat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

În asistența stomatologică, asigurații beneficiază și de servicii de radiologie dentară. Acestea se pot obține pe baza biletului de trimitere, întocmit de către medicii stomatologi, aflați în contract cu CJAS.

Persoanele neasigurate beneficiază doar de servicii de tip „urgentă”, fără posibilitatea de a beneficia de alte servicii, inclusiv cele de radiologie sau rețete de medicamente. Serviciile stomatologice vor fi furnizate, în aceste condiții, de către medicii stomatologi care au încheiat contract de prestări servicii cu CJAS, în limita unei valori lunare de contract.

Pacientul în raport cu serviciile de îngrijire la domiciliu

Asigurații, în funcție de patologia prezentată și statusul de performanță ECOG^{***}, pot beneficia de servicii de îngrijire la domiciliu, decontate din FNUASS. Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu se face de către: medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie sau medicii de specialitate din spitale, la externarea asiguraților. Aceștia trebuie să fie în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. În funcție de diagnosticul stabilit și de boala pacientului și statusul de performanță ECOG al acestuia, medicii au obligația de a preciza activitățile zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini.

Notă: Atunci când bolnavul nu este capabil să desfășoare activități casnice (este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei) și necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare), el este încadrat la statusul de performanță **ECOG 3**. Pacienții complet imobilizați la pat, dependenți total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) sunt încadrați la statusul de performanță **ECOG 4**.

Un asigurat poate beneficia, pe parcursul unui an, de 90 de zile de îngrijiri, în episoade de îngrijire de maximum 30 de zile. Îngrijirile medicale se referă la administrarea de medicamente intramuscular sau intravenos, îngrijirea escarelor, monitorizarea funcțiilor vitale, TA (tensiune arterială), puls, respirație etc.

Pentru a beneficia de servicii de îngrijire la domiciliu, recomandarea, împreună cu actele de identitate și calitatea de asigurat, se depun la CAS, care va emite decizia pentru îngrijiri la domiciliu, în limita bugetului aprobat.

Pacientul în raport cu asistența comunitară

Asistența medicală comunitară include activități și servicii de sănătate care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale la nivelul comunității, pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale fiecărei persoane, în vederea menținerii acesteia în propriul mediu de viață. Aceasta presupune un ansamblu integrat de programe și servicii de sănătate, centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, precum și pe nevoile comunității, și se desfășoară conform OUG Nr. 162 din 2008 și HG Nr. 56 din 2009.

Obiectivele generale ale serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară sunt:

- implicarea comunității în identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia;
- definirea și caracterizarea problemelor medico-sociale ale comunității;
- dezvoltarea programelor de intervenție privind asistența medicală comunitară, adaptate nevoilor comunității;
- monitorizarea și evaluarea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară;
- asigurarea eficacității acțiunilor și a eficienței utilizării resurselor.

^{***} statusul de performanță ECOG = gradul de dependență

Activitățile desfășurate în domeniul asistenței medicale comunitare presupun educarea comunității pentru sănătate; promovarea sănătății reproducerii și a planificării familiale; promovarea unui stil de viață sănătos; educație și acțiuni direcționate pentru asigurarea unui mediu de viață sănătos; activități de prevenire și profilaxie primară, secundară și terțiară; activități medicale curative, la domiciliu; activități de consiliere medicală și socială; dezvoltarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu a gravidei, a nou-născutului și a mamei, a bolnavului cronic, a bolnavului mintal și a bătrânului; activități de recuperare medicală.

Beneficiarul serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară este comunitatea locală dintr-o arie geografică definită: județ, municipiu, oraș și comună. În cadrul comunităților, vor beneficia de asistență, în mod deosebit, categoriile de persoane vulnerabile (cu un nivel economic sub pragul sărăciei; șomaj; nivel educațional scăzut; diferite dizabilități; boli cronice; boli aflate în faze terminale; graviditate; vârsta a treia; vârsta sub 16 ani; persoane care fac parte din familii cu un singur părinte; cu risc de excluziune socială).

Serviciile și activitățile de asistență medicală comunitară sunt asigurate de următoarele categorii profesionale: asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar.



Asistenții medicali comunitari desfășoară următoarele activități specifice:

- **activitate de teren**, în vederea determinării active a nevoilor de îngrijiri generale de sănătate ale populației cu risc crescut de îmbolnăvire și a grupurilor defavorizate;
- **activitate profilactică**: supravegherea activă a stării de sănătate a populației catagrafiate (luate în evidență), depistarea focarelor de boli transmisibile, identificarea și supravegherea medicală a gravidelor și a copiilor din grupele de risc, identificarea populației neînscrise pe listele medicului de familie și sprijinirea acestora pentru a avea acces la servicii medicale, identificarea copiilor neînscrși pe listele medicilor de familie, în vederea includerii lor în programul național de imunizări. Asistenții medicali comunitari mai au responsabilitatea promovării alăptării și a practicilor corecte de nutriție, diseminării informațiilor specifice planificării familiale, în special în rândul populației defavorizate din punct de vedere social. Întrucât acești asistenți trebuie să sprijine educarea familiei și dezvoltarea abilității parentale, ei trebuie să îndrume populația spre cabinetele de planificare familială sau cabinetele medicilor de familie.
- **activitate medicală curativă**, conform recomandărilor medicale, la nevoie;
- **activitate de identificare, raportare a cazurilor sociale depistate** activ către serviciile sociale din subordinea autorității locale, pentru a beneficia de includerea într-un program de protecție socială, prevenirea abuzului și abandonului copilului;

În județul Sălaj, următoarele comunități beneficiază de prezența asistenților comunitari: FILDU DE JOS, ZIMBOR, MESEȘENII DE JOS, HERECLEAN, HIDA, CREACA, RUS, LOZNA, LETCA, GÎRBOU, BENESAT, MARCA, PLOPIȘ, CHIEȘD, CRISTOLT.



Mediatorii sanitari desfășoară următoarele activități specifice:

- cultivă încrederea reciprocă dintre autoritățile publice locale și comunitatea din care fac parte;
- facilitează comunicarea dintre membrii comunității și personalul medico-sanitar;
- iau în evidență gravidele și lăuzele, în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post-partum; le explică necesitatea și importanța efectuării acestor controale și le

Însoțesc la medicul de familie, facilitându-le comunicarea cu acesta și cu celelalte cadre sanitare;

- explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi;
- iau în evidență (catagrafiază) populația infantilă a comunității;
- explică noțiunile de bază și importanța asistenței medicale a copilului;
- promovează alimentația sănătoasă, în special la copii, precum și alimentația la sân;
- urmărește înscrierea nou-născutului pe listele (titulare sau suplimentare) medicului de familie;
- sprijină personalul medical în urmărirea și înregistrarea efectuării imunizărilor în cadrul populației infantile din comunitate și a examenelor clinice de bilanț la copiii cu vârsta între 0-7 ani;
- explică avantajele includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procedeul prin care poate fi obținută calitatea de asigurat;
- explică avantajele igienei personale, a locuinței și a spațiilor comune; popularizează, în cadrul comunității, măsurile de igienă dispuse de autoritățile competente;
- facilitează acordarea primului ajutor, prin anunțarea cadrelor medicale/serviciului de ambulanță și prin însoțirea echipelor care acordă asistență medicală de urgență;
- mobilizează și însoțește membrii comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.), explică rolul și scopul acestora;
- participă la depistarea activă a cazurilor de tuberculoză și a altor boli transmisibile, sub îndrumarea medicului de familie sau a personalului medical din cadrul Direcției de Sănătate Publică județeană;
- la solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora, explică rolul tratamentului medicamentos prescris și posibilele reacții adverse ale acestuia și supraveghează administrarea medicamentelor (de exemplu: tratamentul strict supravegheat al pacientului cu tuberculoză);
- însoțește cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau de controlul situațiilor epidemice, facilitând implementarea măsurilor adecvate (explică membrilor comunității rolul și scopul măsurilor de urmărit);
- semnalează cadrelor medicale apariția problemelor deosebite în cadrul comunității (focare de boli transmisibile, parazitoze, intoxicații, probleme de igienă a apei etc.);
- semnalează, în scris, Direcției de Sănătate Publică județeană problemele identificate privind accesul membrilor comunității pe care îi deservește la următoarele servicii de asistență medicală primară: imunizări, conform programului național de imunizări; examenul de bilanț al copilului cu vârsta între 0-7 ani; supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății și Familiei; depistarea activă a cazurilor de TBC; asistența medicală de urgență;
- semnalează asistentului social cazurile potențiale de abandon al copiilor (cunoscând situația familiilor din comunitate, mediatorul sanitar poate afla intenția familiilor în situație socio-economică disperată de a-și abandona copiii în instituții. Dacă sunt înștiințate din timp organismele abilitate, astfel de situații pot fi prevenite).

În județul Sălaj, următoarele comunități beneficiază de prezența mediatorilor sanitari: AGRIJ, ALMAȘU, NUȘFALĂU, ZALĂU, CRASNA, SÎG, CEHU-MOTIȘ.

Capitolul 3

Pacientul în raport cu serviciile preventive

Asistența de sănătate publică are rolul de a promova sănătatea în rândul populației, de a preveni îmbolnăvirile și de a îmbunătăți calitatea vieții. Aceste obiective sunt puse în aplicare pe baza unui set de măsuri politico-legislative, prin programe și strategii destinate personalului care veghează asupra stării de sănătate a comunităților, precum și prin organizarea instituțiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare.

Funcțiile principale ale asistenței de sănătate publică vizează:

- dezvoltarea politicilor, strategiilor și programelor, vizând asigurarea sănătății publice;
- monitorizarea și analiza stării de sănătate a populației;
- planificarea în sănătatea publică;
- supravegherea epidemiologică, prevenirea și controlul bolilor;
- gestiunea și promovarea serviciilor de sănătate publică;
- organizarea, din punct de vedere legal, a domeniului sănătății publice, aplicarea și controlul reglementărilor din acest domeniu;
- asigurarea calității serviciilor de sănătate publică;
- cercetarea, dezvoltarea și implementarea soluțiilor noi pentru sănătatea publică;
- prevenirea epidemiilor, inclusiv instituirea stării de alertă epidemiologică;
- protejarea populației împotriva riscurilor din mediu;
- informarea, educarea și comunicarea pentru promovarea sănătății;
- mobilizarea partenerilor comunitari în identificarea și rezolvarea problemelor de sănătate;
- evaluarea calității, eficienței și a accesului la serviciile medicale;
- dezvoltarea și planificarea resurselor umane și dezvoltarea instituțională pentru sănătate publică;
- stabilirea priorităților ce țin de sănătate publică și integrarea acestora în politicile și strategiile naționale, precum și în strategiile sectoriale de dezvoltare durabilă;
- implementarea unor acțiuni specifice ca răspuns la dezastre sau la amenințările la adresa vieții și sănătății populației, inclusiv prin introducerea de restricții de circulație a persoanelor și bunurilor.

Principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică

Personalul responsabil cu asistența de sănătate publică are o serie de atribuții, după cum urmează:

- a) prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile
- b) monitorizarea stării de sănătate
- c) promovarea sănătății și a educației pentru sănătate
- d) sănătatea ocupațională
- e) sănătatea în relație cu mediul
- f) reglementarea primară și secundară în domeniul sănătății publice

- g) managementul sănătății publice
- h) servicii de sănătate publică specifice
- i) servicii medicale și tratament specific, în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice (TBC, HIV/SIDA, boli rare, cancer, diabet zaharat), precum și în cazul transplantului de organe, țesuturi sau celule.

Programele naționale de sănătate se adresează populației și sunt menite să promoveze sănătatea, să prevină îmbolnăvirile și să prelungească viața.

Potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, programele naționale de sănătate reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică.

Programe naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății

I. Programele naționale de boli transmisibile includ:

- Programul național de imunizare
- Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare
- Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV
- Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei
- Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței

II. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă

III. Programul național de securitate transfuzională

IV. Programele naționale de boli netransmisibile:

- Programul național de depistare precoce activă a cancerului de col uterin
- Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică
- Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană
- Programul național de boli endocrine
- Programul național de tratament pentru boli rare
- Programul național de management al registrelor naționale

V. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Programe naționale de sănătate curativă, finanțate din FNUASS și derulate la nivelul județului Sălaj

1. Program P1, subprogram A): HIV/SIDA
2. Program P1, subprogram B): subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză
3. Program P3: programul național de oncologie
4. Program P5: programul național de diabet zaharat
5. Program P6: programul național de hemofilie, talasemie și alte boli rare
6. Program P7: programul național de boli endocrine
7. Program P8: programul național de ortopedie
8. Posttransplant

Capitolul 4

Reprezentantul pacientului, un concept nou pentru România

Cu tradiție în țările din vestul Europei, ideea de reprezentant al pacientului este relativ nouă în România. Acest concept a fost inițiat în anul 2007, de un ONG din Marea Britanie, *Medical Support in Romania*, în colaborare cu Spitalul Județean de Urgență Zalău și cu sprijinul autorităților locale (Consiliul Județean Sălaj, Primăria Zalău, Prefectura Sălaj, DSP Sălaj). În practică, reprezentantul pacientului stabilește legătura între spital și pacienți, iar scopul este acela de a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale, dar și de a contribui la dezvoltarea bunelor practici în instituțiile medicale.

De la bun început, reprezentantul pacientului a stabilit un set de obiective majore care țin de relația pacient - instituție medicală:

- promovarea drepturilor și responsabilităților pacienților
- medierea între pacient și medic
- identificarea problemelor medicale și rezolvarea lor, înainte ca acestea să se agraveze
- crearea unei „culturi a pacientului”
- crearea unei atitudini pozitive în relația medic - pacient și invers
- înregistrarea reclamațiilor, sugestiilor și scrisorilor de mulțumire

Reprezentantul pacientului se adresează tuturor persoanelor, pacienți sau foști pacienți, familii sau aparținători, și implică aspecte care privesc Spitalul Județean de Urgență Zalău. Orice persoană poate beneficia de acest program, indiferent de situație, atât timp cât este vorba de relația cu instituția medicală; mai exact, în cazul în care un pacient are nevoie de informații legate de o anumită procedură medicală sau tratament, sugestie sau recomandare. Bineînțeles, se poate apela la reprezentantul pacientului și în situația în care persoana care a beneficiat de serviciile medicale dorește să transmită mulțumiri celui care a îngrijit-o sau, din contră, atunci când vrea să depună o plângere legată de comportamentul medicului sau al cadrelor din spital.

Cum găsiți biroul reprezentantului pacientului

Spitalul Județean de Urgență Zalău
(la parter, lângă secretariat)
Str. Simion Bărnuțiu, nr. 67, Zalău, Sălaj, cod 450129
De luni până vineri, de la ora 8:00 la 15:00
Tel: 0260 616 920, int. 142
E-mail: reprezentantulpacientului@yahoo.com

Capitolul 5

Serviciul de Asistență Socială în unitățile spitalicești



Serviciul de Asistență Socială are o arie vastă de atribuții și responsabilități în ceea ce privește programele sociale. Astfel, acesta identifică situațiile care necesită asistență socială sau consiliere în cadrul Unității de Primire Urgențe și, foarte important, întocmește un plan de acțiune pentru fiecare caz social. Persoanele asistate vor fi reprezentate în relația cu autoritățile locale sau alte instituții ale statului.

Totodată, Serviciul de Asistență Socială efectuează și consiliere individuală sau de grup, ajutând la identificarea problemelor. Foarte important de știut este că toate informațiile, complete și corecte cu privire la serviciile de care pot beneficia pacienții și asigurații, pot fi obținute prin intermediul aceluiași Serviciu de Asistență Socială. De asemenea, mamele care reprezintă potențiale cazuri de abandon sunt consiliate și le sunt oferite informații despre importanța obținerii actelor de identitate pentru copil. Acest serviciu intermediază legătura și colaborează cu autoritățile pentru obținerea actelor de identitate necesare persoanelor asistate, dar și pentru declararea și rezolvarea actelor de deces ale diferitelor cazuri sociale. Tot reprezentanții Serviciului de Asistență Socială îndeplinesc rolul de legătură între aparținătorii pacienților pe timpul gărzii și îi țin în permanență la curent pe aparținători cu privire la starea pacientului, planul de analize/investigații, consultații și tratament, având obligația să anunțe și motivele reale ale întârzierii, dacă e cazul.

Conform art. 4. din Legea Asistenței Sociale, sunt considerați beneficiari ai serviciilor sociale persoanele și familiile aflate în situații de dificultate. Toți cetățenii români, aflați pe teritoriul României sau care au domiciliul sau reședința în țară, au dreptul la asistență socială, în conformitate cu legislația României, reglementările Uniunii Europene și alte acorduri și tratate la care țara noastră este parte. De asemenea, de aceleași drepturi se bucură și cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ai Spațiului Economic European și cetățenii Confederației Elvețiene, precum și străinii și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România. Conform prevederilor legale, dreptul la asistență socială se acordă la cerere sau din oficiu, după caz.

Ce este ancheta socială?

O anchetă socială este, practic, o analiză a situației sociale, dar și economice a persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților aflate în atenția Serviciului Social.



Persoanele fără adăpost

În multe situații, auzim termenul de persoane fără adăpost, dar cum încadrăm pe cineva în această categorie? Practic, se consideră că o persoană este una fără adăpost în momentul în care, din diferite motive (sociale, medicale, financiare, juridice, situații de forță majoră) ajunge să trăiască în stradă. Totodată, se consideră persoană fără adăpost și aceea care locuiește temporar la prieteni sau la cunoscuți, dar se află în imposibilitatea de a achita o chirie ori se află în risc de evacuare. De asemenea, sunt considerate persoane fără adăpost și cele care se află în instituții sau penitenciare de unde, în termen de două luni, urmează să fie externate/eliberate și nu au domiciliu.

Capitolul 6

Voluntariatul în sănătate



„Dacă așteptăm să trăim într-o lume mai bună, trebuie să contribuim la crearea ei”.
Mahatma Ghandi

Noțiunea de voluntar sau voluntariat este relativ nouă în România, însă a început să fie îmbrățișat de foarte mulți oameni, majoritatea tineri. În Europa, voluntariatul este o practică uzuală, începând de la elevi și studenți și până la oameni maturi. Practic, voluntariatul este o activitate desfășurată din proprie inițiativă, în beneficiul altora, fără recompensă financiară.

Oricine poate fi voluntar și poate să-și aducă propria contribuție la schimbarea în bine a lumii din jurul său. Un voluntar în sănătate se poate implica în o gamă variată de servicii în beneficiul bolnavilor, de la asigurarea serviciilor efective, la implicarea în campanii de informare și prevenție și până la atragerea altor voluntari.

De ce să devii voluntar?

- Experiența acumulată îi ajută pe viitor în căutarea unui serviciu mai bun
- Pot să își mențină “vii” abilitățile, pe care, înainte de a deveni voluntari, aceste persoane nu le foloseau sau pot deprinde altele
- Evită viața sedentară: mai puțin timp acasă, în fața televizorului, mai multe activități sociale
- Își fac prieteni noi sau petrec timpul cu actualii prieteni, și ei voluntari
- Învăță lucruri noi și își dezvoltă anumite aptitudini utile
- Devin utili, concentrându-și eforturile în folosul unei cauze nobile
- Fac parte dintr-o organizație de prestigiu
- Pot să înceapă o viață nouă: voluntariatul e startul perfect
- Își fac datoria de creștin, aceea de a sprijini semenii aflați în nevoie
- Oportunitatea perfectă de a testa o posibilă carieră într-un domeniu nou
- Ajută oamenii nevoiași și fac mai bună comunitatea în care trăiesc
- Fac parte dintr-o echipă (apartenența la grup)
- Înțeleg mai bine problemele societății în care trăim și învață cum să le facă față

Drepturile voluntarului

Deși voluntariatul nu e o meserie propriu-zisă, acesta asigură, totuși, o serie de drepturi și beneficii. Voluntarii trebuie tratați ca niște colegi cu drepturi egale, nu ca o mână de lucru ieftină, iar preferințele personale, temperamentul, experiența de viață, studiile sau cariera profesională trebuie respectate.

Ei au dreptul să participe la sesiuni de informare în domeniul în care își desfășoară activitatea, tocmai pentru a fi la curent cu ultimele noutăți de specialitate. O persoană cu experiență va ghida în permanență, cu răbdare și atenție, persoana care face voluntariat, primind de la bun început toate informațiile despre organizația în beneficiul căreia își desfășoară activitatea. Bineînțeles, el are dreptul de a fi promovat, dacă rezultatele merită aprecieri deosebite, iar odată cu promovarea, vin și alte responsabilități. La fel ca în orice alt caz, opiniile voluntarului vor fi ascultate! El va fi liber să ofere sugestii asupra domeniului și locului în care activează. Munca lui va fi recunoscută, fără îndoială, sub forma unor premii sau prin exprimarea mulțumirilor pe care le merită!

Responsabilitățile voluntarului

Înainte de a face voluntariat, e important să știți că există și anumite responsabilități, de aceea, persoana tentată să se implice în acest domeniu trebuie să fie convinsă că dorește să ajute alți oameni; trebuie să se gândească bine înainte să își ofere serviciile.

Cei care aleg să devină voluntari trebuie să accepte regulile și să fie loiali (să nu critice fără să înțeleagă ce se întâmplă și să nu ezite să pună întrebări, dacă au nelămuriri). Este recomandat ca voluntarul să își exprime gândurile și să nu țină pentru el problemele cu care se confruntă în organizație.

E important ca voluntarul să fie dispus să învețe totul despre activitatea sa și să primească toate informațiile necesare despre organizația din care face parte. Întotdeauna un om care acceptă îndrumarea și supervizarea unui coleg cu o experiență mai mare va fi și mai eficient. Încrederea și munca în echipă sunt, de asemenea, extrem de importante, de aceea, voluntarul trebuie să nu uite niciodată de angajamentele luate și să se integreze în echipă.

Cum devii voluntar

Dacă sunteți convinși că doriți să faceți voluntariat, trebuie să luați legătura cu o organizație care activează în domeniul asistenței medicale și sociale, iar aceasta vă va instrui și vă va face legătura cu acele unități care au nevoie de ajutorul dumneavoastră. Bineînțeles, puteți găsi și pe cont propriu instituții pentru care să lucrați. Nu uitați că un voluntar care activează în domeniul asistenței medicale trebuie să fie creativ, să iubească oamenii, să fie vesel, sociabil, comunicativ, să ajute pe oricine are nevoie și, foarte important, să lucreze în echipă.

Mai jos, puteți găsi datele de contact ale Spitalului Județean de Urgență Zalău și ale Fundației Acasă (Zalău), pentru a beneficia de informații și asistență cu privire la activitățile de voluntariat.

Spitalul Județean de Urgență Zalău

Str. Simion Bărnuțiu, nr. 67, Zalău, Sălaj, cod 450129

De luni până vineri, de la ora 8:00 la 15:00

Tel: 0260/616 920, int. 114

E-mail: sj_zalau@yahoo.com

Fundația ACASĂ

Str. Gheorghe Doja nr. 161, Zalău, Sălaj, cod 450160

Telefon: 0260/661384, 0260/61299

Str. Iuliu Maniu, nr. 9, Zalău, Sălaj, cod 450016

Telefon/Fax: 0260/660726

E-mail: acasacrti@astralnet.ro

Anexa 1 - URGENȚA

NIVEL 1 - RESUSCITARE COD ROȘU



Urgențe medico-chirurgicale în care sunt puse în pericol funcțiile vitale ale pacienților.

EXEMPLE: stop cardiorespirator, insuficiență respiratorie severă, pacienți sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali, pacienți cu traumatisme care necesită reechilibrare imediată, copil care nu răspunde la stimuli, hipoglicemie cu alterarea statusului mintal, arsuri gr.II și III pe o suprafață între 20-50%

PROTOCOL MEDICAL:

În cazul acestui tip de urgențe, echipa medicală a spitalului ia măsurile necesare prin camerele de gardă, pentru menținerea funcțiilor vitale și stabilizarea pacientului. Ulterior, acesta va fi internat sau, dacă este necesar, transferat la un eșalon mai înalt, în conformitate cu protocolul prevăzut pentru categoria pacient critic.

Lista urgențelor medico-chirurgicale majore

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE:

Inconștiență; convulsii; leșin; hemoragie după săptămâna a 20-a a sarcinii; contracții uterine puternice după săptămâna a 20-a a sarcinii; membrane rupte; dureri acute abdominale; sângerare majoră; sarcină mai mare de 20 de săptămâni; traumatism abdominal; nou-născutul nu plânge/ respiră;

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ:

Inconștiență; nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, aproape sincopă; durere toracică și greață;

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE:

Inconștiență; nivel scăzut al conștienței sau dificultăți în respirație, după arsură termică/electrică; suspect de leziuni cauzate de inhalarea fumului; mai mult de 20%-50% din suprafață arsă suspionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/față, atât în cazul adulților, cât și la copii;

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ:

Imersie în apă confirmată; inconștiență sau dificultăți în respirație; accident prin săritură în apă; suspiciune de hipotermie; tuse severă, posibilă aspirație;

5. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE:

Inconștiență; dificultăți în respirație, aproape sincopă; mușcătură de viperă cu simptome generale - hemoragie necontrolată după mușcătură; înțepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil;

6. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație; paralizie; sângerare necontrolabilă; leziuni semnificative la nivelul unor părți ale corpului; fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului; cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgență; dureri precordiale pre-existente; amețeli acute; cefalee; dureri mari;

7. INTOXICAȚII LA COPII:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație pe fondul intoxicației; ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce; greutate în deglutiție (la înghițit); convulsii în urma intoxicației;

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI:

Inconștiență mai mult de 5 minute; nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, în urma unui traumatism cranian, traumă craniană și convulsii/paralizie; dureri acute, insuportabile;

9. HIPO/HIPERTERMIA:

Dificultate în respirație cu hipotermie și alte leziuni extinse cu hipotermie; suspect de hipotermie gravă, sub 32 de grade;

10. LEZIUNI CHIMICE:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, în urma leziunilor chimice; peste 15% - 10% din suprafața corpului acoperită cu leziuni cu substanță corozivă la adult/copil; ingestie de substanță alcaloidă la copii;

11. VIOLENȚĂ/AGRESIUNE:

Suspect de afecțiuni severe; inconștiență; dispnee; nivel scăzut al stării de conștiență după violență; leziuni grave; paralizie; sângerare majoră;

12. ALERGII:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație; dificultate la vorbire și deglutiție după reacția alergică; simptome imediate; antecedente de șoc anafilactic;

13. SINCOPĂ:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație; antecedente neclare de boală sau inconștiență; cefalee intensă (acută) anormală; diabetic cunoscut, aflat în stare de inconștiență; sângerare necauzată de un traumatism;

14. SÂNGERAREA:

Inconștiență, dispnee, hematemeză, sângerare, cauză netraumatică, sângerare masivă necontrolată;

15. DURERI TORACICE:

Inconștiență, dispnee după durere toracică; durere toracică tipică infarctului de miocard;

16. DIABET ZAHARAT:

Cunoscut diabetic, aflat în stare de inconștiență; dispnee; convulsii; diabetic cunoscut cu dureri toracice severe;

17. TEMPERATURĂ:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, aproape sincopă, însoțite de temperatură crescută, motiv pentru suspectarea unei stări septică sau meningită; dificultăți la deglutiție (la înghițit) și sialoree;

18. ACCIDENT VASCULAR-CEREBRAL (AVC/APOPLEXIE):

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, aproape sincopă; dispnee; convulsii prezente; suspect de AVC; cefalee bruscă, intensă (violentă); traumatism cranian recent; simptome de apoplexie;

19. CEFALÉE:

Pacient inconștient cu cefalee care a precedat starea de inconștiență; dispnee; nivel scăzut de conștiență; paralizie sau dificultăți de vorbire; temperatură mare; redoare (rigiditate) de ceafă; slăbiciune; posibil eritem (pete roșii); convulsii însoțite de cefalee;

20. CONVULSII:

Convulsii pentru prima oară; inconștiență; convulsii în derulare, mai mult de 5 min.; pacient obnubilat între convulsii frecvente; convulsii în derulare, concomitent cu supradoză de medicamente sau abuz de narcotice; eritem; febră și convulsii;

21. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE:

Inconștiență; dispnee, aproape sincopă; nivel scăzut de conștiență după criză de dureri abdominale sau de spate;

22. TENTATIVĂ DE SUICID:

Inconștiență; dispnee după o tentativă violentă de suicid sau după supradoză/intoxicație; tentativă serioasă cu violență de suicid;

23. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE):

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dificultate serioasă în respirație, aproape sincopă; dureri toracice constrictive; criză de astm; pacient febril, cu dificultăți la înghițire; sialoree; suspect de corp străin în gât; nu poate vorbi, tușește sau plânge;

24. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE:

Inconștiență; dispnee, aproape sincopă după stare de ebrietate/intoxicație, supradoză și simptome critice; convulsii care durează mai mult de 5 min.;

25. COPIL BOLNAV:

Inconștiență sau nivel scăzut de conștiență; dispnee, aproape sincopă; nu respiră; suspiciune de corp străin în gât; nu poate vorbi sau plânge; febră; dificultăți la deglutiție; sialoree; convulsii în derulare care durează mai mult de 5 minute;

26. URECHEA:

Inconștiență sau nivel al stării de conștiență scăzut; leziune la nivelul urechii; amețeală; paralizie; dureri toracice;

27. OCHIUL:

Inconștiență după ce a acuzat probleme de vedere; dispnee și tulburări ale vederii; leziune a ochiului și scăderea nivelului stării de conștiență.



Urgențele medico-chirurgicale care indică posibilitatea agravării stării de sănătate a pacientului, dacă nu sunt acordate prompt. Acestea necesită rezolvare rapidă, indiferent de prezența sau absența pericolului pentru viață.

EXEMPLE: Politraumatisme; plăgi abdominale cu hemoragie fără semne de șoc; accident vascular-cerebral; avort spontan; criză de astm prelungită; bronșită acută la copii; deshidratare cauzată de vărsături în cantitate mare; durere + absența pulsului distal la unul dintre membre; vărsături; diaree; imposibilitate de a mânca, în cazul copiilor; fracturi deschise; intoxicații prin ingestii și inhalare cu comă persistentă; hipotermie severă.

PROTOCOL MEDICAL: În cazul acestui tip de urgențe medicale, echipa medicală acordă măsurile medicale specializate, calificate prin camerele de gardă și specialiștii din programul de zi, pentru menținerea funcțiilor vitale, stabilizare, internare pentru tratament definitiv în limitele de competență, iar în cazul necesității unui transfer interclinic, la eșalon mai înalt, până la efectuarea transferului după protocolul intern pentru pacient critic.

Lista urgențelor medico-chirurgicale

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE:

Mai puțin de 2 minute între contracții la prima naștere; mai puțin de 5 minute între contracții începând cu a doua naștere; traumatism abdominal în sarcină; preeclampsie în antecedente; cefalee; sângerare moderată; durere severă; pacientă slăbită care nu este însărcinată;

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ:

Febră și nivel de conștiență alterat; erupții cutanate; episoade sincopale repetate; amețeală cu debut brusc; slăbiciune;

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE:

Mai puțin de 20%/10% din suprafață; arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feței (adult și copii), substanțe corozive în ochi; cădere de la înălțime sub 4 metri;

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ:

Pacient conștient fără dificultate în respirație, leziuni aparent minore;

5. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE:

Mușcătură de viperă, fără simptome generale; înțepătură de insectă de peste o oră, cu simptome generale, dar fără semne de șoc; mușcătură de animal, în regiunea feței sau a gâtului, fără afectarea respirației sau a stării de conștiență; hemoragie controlată după mușcătură;

6. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE:

O singură fractură sub genunchi; fractura antebrăului; suspect de fractură a colului de femur; sângerare controlată; cădere de la 3 - 4 metri; dureri moderate, fără alte criterii de urgență;

7. INTOXICAȚII, în cazul copiilor:

Ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgență; alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgență; ingestie de derivate petroliere cu simptome minore; ingestie de nicotină, fără alte criterii de urgență;

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI:

Leziuni faciale semnificative, fără alte criterii de urgență; sângerare controlată; dureri moderate, fără alte criterii de urgență; antecedente de dureri precordiale; amețeli acute; cefalee; diabet;

9. HIPO/HIPERTERMIA:

Suspect de hipotermie moderată; alte leziuni limitate; degerătură localizată; pacient suspect de hipertermie;

10. LEZIUNI CHIMICE:

Leziune caustică la nivelul gurii, la adult, fără alte criterii de urgență; sub 15%, până la 10% arsuri sau leziuni corozive, la adult/copil, fără alte criterii de urgență; leziune corozive oculară; ingestie de derivate petroliere, fără alte semne de urgență; inhalare de gaze sau de substanțe chimice, fără alte criterii de urgență;

11. VIOLENȚĂ/AGRESIUNE:

Leziuni faciale, fără alte criterii de urgență; leziuni produse prin înjunghiere; leziuni cauzate de armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei; fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului; leziuni minore, cauzate de arme; sângerare controlată; durere severă; victimă a abuzului sexual; victimă a violenței cu reacție psihică acută;

12. ALERGII:

Reacție acută, fără afectarea respirației sau a stării de conștiență; antecedente de șoc anafilactic; expunere, fără simptome;

13. SINCOPA:

Paralizie; slăbiciune sau dificultăți de vorbire; episoade severe sincopale, în ultimele 24 de ore; pierderea pasageră a nivelului de conștiență, după traumatism cranian; pierderea pasageră a nivelului de conștiență; suspect de ingestie de droguri/alcool;

14. SÂNGERAREA:

Sângerare limitată necontrolată; hematemeză, fără semn de șoc; hemoragie nazală incontrollabilă;

15. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau ROȘU se evaluează individual:

Durere toracică; greață; tahicardie; durere toracică, atipică IM; antecedente de angină; debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice;

16. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau ROȘU se evaluează individual:

Nivel scăzut al stării de conștiență; incapabil de a ingera lichide; palid, transpirat; aproape de sincopă, comportament anormal sau neobișnuit; cunoscut diabetic; obosit sau starea generală evident alterată;

17. TEMPERATURĂ:

Pacient cu răspuns imunitar deficitar;

18. ACCIDENT VASCULAR-CEREBRAL (AVC/APOPLEXIE):

Hemiplegie, fără alte probleme; slăbiciune bruscă și amorțeală la nivelul membrelor superioare și inferioare; dificultăți acute în vorbire;

19. CEFALÉE:

Cefalee intensă acută, descrisă ca o durere nemaiavută până acum, cefalee cu intensitate crescândă, la mai puțin de 12 ore de la producerea leziunii, în cazul unui pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, pacient cu operație, cefalee agravată, fără alte criterii de urgență;

20. CONVULSII:

Trezibil după 20 de minute după convulsii; convulsii; concomitent, abuz îndelungat de alcool;

21. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE:

Dureri puternice, suportabile, fără alte criterii de urgență; dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară;

22. TENTATIVĂ DE SUICID:

Zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii; sângerare controlabilă, amenințare serioasă de suicid; posibilă supradoză/intoxicație, fără simptomatologie care denotă amenințarea funcțiilor vitale;

23. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE):

Dispnee, fără un motiv clar, fără cianoză, transpirații etc.; suspect de existența unui corp străin în gât, chiar dacă pacientul poate vorbi; tușește și/sau plânge;

24. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE:

Posibilă supradoză/intoxicație fără simptome critice/funcții vitale amenințate, convulsii terminate;

25. COPIL BOLNAV:

Dispnee, dar cu stare generală bună; copil agitat, cu temperatură; copil slăbit, cu debut rapid al bolii, convulsii instalate pentru prima dată; temperatură ridicată (peste 40 de grade); diabet și temperatură - cu excepția obișnuitei răceli;

26. URECHEA:

Leziuni majore în sau în jurul urechii, fără un nivel scăzut al stării de conștiență; scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche, după un traumatism cranian, însă pacientul este constient și nu prezintă alte simptome;

27. OCHIUL:

Leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conștiență; leziuni corozive la ochi, dureri acute în ochi; pacient slăbit; ingerare de metanol sau etilen glicol; tulburări de vedere, fără un motiv aparent.

**NIVEL III - URGENT
COD VERDE**

Acest cod se aplică pacienților cu funcții vitale (respirație, tensiune arterială, puls) stabile, dar care necesită două sau mai multe resurse.

EXEMPLE: suspiciune de infarct miocardic acut; convulsii; traumatisme; criză hipertensivă; abdomen acut.

PROTOCOL MEDICAL: pacienții cu astfel de afecțiuni sunt evaluați inițial prin monitorizarea semnelor vitale: pulsul, frecvența respiratorie, tensiunea arterială și saturația în oxigen, iar pentru orice copil, cu vârsta mai mică de 3 ani, este evaluată temperatura. Asistența medicală pentru aceste tipuri de urgențe se desfășoară în mai multe etape, pentru o evaluare corectă a gravității și pentru acordarea serviciului medical corespunzător: 1. consultația și tratamentul în regim de urgență de către medicul specialist, desemnat în acest scop de la camerele de gardă sau din programul de zi; 2. rezolvarea cazului în una din formele de spitalizare, conform criteriilor de internare.

Urgențele medico-chirurgicale pentru care se pot acorda consultații de urgență de către medicii de familie, în cadrul centrelor de permanență sau la domiciliul pacienților

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE:

Mai mult de 2 minute între contracții la prima naștere și mai mult de 5 minute între contracții la următoarele nașteri; sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni; dureri abdominale și temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni;

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ:

Febră, amețeli, dar nu slăbiciune; simptome neclare, dar nu slăbiciune;

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE:

Arsură electrică cu electricitate casnică de 220 V, pacientul este conștient, nu este cunoscut cardiac; arsuri minore, cădere de la o înălțime mai mică de 3 m în urma electrocutării;

4. MUSCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE:

Înțepătură de insectă de peste o oră, fără simptome generale; înțepătură cu reacție locală puternică, fără reacție generală; mușcătură de animal cu leziune tegumentară;

5. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE:

Cădere sub 3 metri; plăgi și contuzii; leziuni; pacientul este implicat în accident, fără simptome;

6. INTOXICAȚII, ÎN CAZUL COPIILOR:

Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanțe periculoase; ingerarea de derivate petroliere, fără alte criterii de urgență;

7. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI:

Cădere de la 3 metri, fără alte criterii de urgență, plăgi, contuzii sau leziuni minore;

8. HIPO/HIPERTERMIA:

Hipotermie ușoară, fără alte simptome; expunere la căldură sau frig extreme, dar pacientul are o stare generală bună;

9. LEZIUNI CHIMICE:

Leziuni minore, prin substanțe corozive;

10. VIOLENȚĂ/AGRESIUNE:

Leziuni minore, neproduse de arme; victimă a violenței, fără leziuni evidente, fără reacție psihică;

11. ALERGII:

Prurit și eritem, reacție alergică cu durată mai mare de 30 minute după expunere;

12. SINCOPA:

Lipotimie, dar pacientul are o stare generală bună; suspect de sincopă la NTG, aproape de sincopă; pacient cu stare generală bună, dar cunoscut ca fiind epileptic; tendință la sincopă;

13. SÂNGERAREA:

Hematurie; epistaxis minor; sângerări repetate la pacienți aflați sub tratament cu anticoagulante, dar cu stare generală bună;

14. DURERI TORACICE:

Durere la respirație sau exerciții; aritmie cardiacă, pacientul simte că se pierde bătăile inimii;

15. TEMPERATURĂ:

Gripă sau răceală, roșu în gât, temperatură, tuse;

16. ACCIDENT VASCULAR-CEREBRAL (AVC/APOPLEXIE):

Paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă;

17. CEFALÉE:

Creștere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice; antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă; concomitent simptome moderate de greață; sensibilitate la sunet și lumină;

18. CONVULSII:

Antecedente de epilepsie; recuperare din criză epileptică; copil sub șase ani, antecedente de convulsii febrile;

19. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE:

Durere nespecifică; diaree și vomă; suspect apendicită; dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat; probleme la urinare; temperatură, dureri de spate, în zona inferioară; dureri abdominale care durează mai mult de o zi și nu se deteriorează; dureri constrictive în abdomen; constipație, dureri de spate;

20. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE):

Temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie, parestezii sau amorțeală în jurul gurii și a degetelor, suspect corp străin în gât, fără dificultăți respiratorii;

21. COPIL BOLNAV:

Antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă, gât roșu, temperatură, tuse, corp strain în nas sau ureche;

22. URECHEA:

Dureri în ureche, secreții din ureche, leziuni minore la ureche; amețeală trecătoare, fără alte simptome; suspect sindrom de hiperventilație; zgomote în urechi, corp străin în canalul auditiv;

23. OCHIUL:

Leziuni izolate minore; dureri acute în ochi, conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor.

**NIVEL IV - BOALĂ ACUTĂ
COD ALBASTRU**

Pacienții care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă.

EXEMPLE: boală diareică, amigdalită, colică biliară, colică renală, viroză renală, viroză respiratorie.

PROTOCOL MEDICAL: în cazul acestui tip de afecțiuni, se efectuează consultații de către medicul curant sau alt specialist desemnat în acest scop, în timpul episodului acut.



Pacienții care nu necesită asistență medicală de urgență.

EXEMPLE: vaccinare, caz social fără acuze clinice, probleme clinico-administrative (certIFICATE medicale, rețete etc.), consultații la cerere, consultații de medicina muncii periodice sau pentru angajare.

Acordarea primului ajutor de bază

Se face cu sau fără materiale sanitare de prim ajutor de către persoanele aflate la locul incidentului, respectând indicațiile personalului de specialitate din dispeceratul de urgență până la sosirea echipajelor de intervenție. În lipsa indicațiilor de specialitate, persoanele aflate la locul incidentului acordă primul ajutor de bază conform cunoștințelor dobândite în cadrul cursurilor de prim ajutor la care au participat.

În cazul în care persoanele aflate la locul incidentului nu au cunoștințele necesare acordării primului ajutor și nici nu pot obține indicații de specialitate, ele acționează pentru a îndepărta pericolul de victimă, sau, după caz, pentru a îndepărta victima de un pericol iminent și pentru a asigura confortul victimei până la sosirea echipajelor de intervenție, evitând efectuarea unor manevre care pot agrava situația pacientului.

Persoanele aflate la locul unui accident rutier vor evita scoaterea victimelor din autovehiculele accidentate, cu excepția situației în care există un pericol iminent de explozie, incendiu, înec sau prăbușire care necesită evacuarea zonei înainte de sosirea echipajelor de intervenție.

Persoanele aflate la locul unui accident vor evita transportul accidentaților cu mijloace nemedicale, cu excepția situației în care ele se află în zone izolate și nu există posibilitatea de a accesa sistemul de urgență prin Numărul Unic de Apel 112 sau prin alte mijloace, sau a situației în care se impune evacuarea zonei în care se află accidentatul, din cauza unui pericol iminent.

Acordarea primului ajutor calificat se face pe bază de protocoale și proceduri, precum și pe baza indicațiilor medicale la distanță, atunci când este utilizat sistemul de telemedicină. Echipajele de prim ajutor calificat sunt astfel organizate încât să se asigure îndeplinirea indicatorilor de timp prevăzuți de lege, luând în considerare și structura și capacitatea de intervenție a serviciilor de ambulanță din zona de competență.

Alertarea echipajelor de prim ajutor calificat se face de către dispeceratele medicale, dispeceratele Inspectoratelor pentru Situații de Urgență, dispeceratele integrate sau de către Centrele Unice de Apel de Urgență 112. Indexul de codificare al urgențelor și regulamentul de alocare al resurselor și mijloacelor de intervenție, după gradul de urgență, se implementează în cadrul platformei destinate dispecerizării apelurilor de urgență, prin sistemul unic de apel 112.

În cazurile de cod roșu, alertarea echipajelor de prim ajutor calificat este obligatorie ca echipaj de prim-răspuns, realizându-se în cel mai scurt timp posibil, chiar și în cursul preluării apelului, fie de către operatorul 112, dispecerul medical sau de către cel din cadrul structurii Inspectoratului

General pentru Situații de Urgență, fără a fi necesară aprobarea medicului coordonator din cadrul dispeceratului medical.

În cazurile de cod galben, alertarea echipajelor de prim ajutor calificat este obligatorie, dacă ele sunt cele mai apropiate echipaje de locul solicitării respective, fără a fi necesară aprobarea medicului coordonator din cadrul dispeceratului medical. Este interzisă utilizarea echipajelor de prim ajutor calificat în cazul intervențiilor de cod verde sau în cazul transferurilor interspitalicești.

Intervenția integrată la urgențele medicale în faza prespitalicească este asigurată concomitent, succesiv sau independent, la următoarele nivele:

- primul-ajutor calificat, asigurat de echipaje cu instruire specifică în primul ajutor calificat.
- consultațiile de urgență la domiciliu, asigurate de doctori de medicină generală, medici în specialitățile: medicină internă, pediatrie și medici rezidenți, începând cu anul III de pregătire în specialitățile menționate, cu acordul directorului sau coordonatorului de programe, sub coordonarea dispeceratelor medicale ale serviciilor publice de ambulanță sau a dispeceratelor integrate acolo unde există.
- asistența medicală de urgență la nivel de echipaj, condus de un asistent medical cu pregătire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență.
- asistența medicală de urgență la nivel de echipaj, condus de medic cu competența/atestat în medicina de urgență sau de medic specialist sau primar în medicina de urgență, fără loc de muncă într-o unitate de primiri urgențe.
- terapia intensivă mobilă la nivel de medic rezident, începând cu anul III/medic specialist sau primar în medicina de urgență sau anestezie terapie intensivă cu loc de muncă de bază în cadrul unui spital.

****Definițiile de mai sus sunt simplificate și au menirea de a servi drept ghid. Uneori, este imposibil pentru persoanele care nu dispun de nicio informație medicală să facă o evaluare de urgență, bazându-se doar pe informațiile de mai sus sau pe informațiile care le sunt furnizate prin telefon de către personalul medical. Pentru a stabili dacă un caz medical este urgent sau nu, trebuie luată în considerare examinarea fizică!*



Ce este Cardul Electronic de Asigurări de Sănătate?

Este un document electronic individual gratuit, care va fi eliberat persoanelor asigurate în vârstă de peste 18 ani, valabil doar pe teritoriul României, pe o perioadă de cinci ani. Pe fiecare card vor fi trecute numele și prenumele posesorului, un cod unic de identificare, numărul cardului și data expirării acestuia.

Cu ajutorul acestui card, personalul medical va putea verifica, într-un timp scurt, dacă pacientul figurează în sistemul de asigurări sociale de sănătate și, prin urmare, poate avea acces gratuit la serviciile de specialitate, încadrate în pachetul de bază. Tot cu acest card se va face și dovada îngrijirilor medicale de care a beneficiat pacientul de-a lungul timpului, fiind un instrument foarte util și pentru a preveni cazurile de înșelăciune și decontări fictive din sistemul de sănătate.



Mod de utilizare a Cardului Electronic de Asigurări de Sănătate

Pentru a putea folosi cardul, fiecare asigurat va trebui să-l activeze cu ajutorul unui cod format din patru cifre, pe care îl va oferi personalului medical ori de câte ori va cere/primi un serviciu. În

cazul în care pacientul nu-l va prezenta, angajații medicali vor fi obligați să acorde doar serviciile din pachetul minimal sau contra cost.

Cardul conține un cip în care se vor inscripționa datele medicale importante, dar nu înainte ca fiecare persoană sau împuternicit legal să fie informată cu privire la acest aspect și doar dacă își va da acordul. Medicul de familie este singura persoană care are dreptul să inscripționeze aceste date (grupa sanguină și Rh-ul, bolile cu risc vital și cele cronice de care suferă asiguratul, precum și acceptul de a deveni donator de organe), care sunt esențiale în caz de urgențe medico-chirurgicale sau în situațiile în care viața persoanei este pusă în pericol. Tot medicul de familie va actualiza datele menționate, la cererea pacientului.

Dacă posesorul a pierdut, i s-a furat sau deteriorat cardul, el va anunța problema la casa de asigurări sau la tel. verde 0800800950, după care i se va elibera un duplicat, contra cost, în maxim 30 zile. În această perioadă, persoana va putea dovedi calitatea sa de asigurat cu ajutorul unei adeverințe eliberate de casa de asigurări.



Ce este dosarul electronic al pacientului?

Din dorința de a reduce birocrăția și a păstra confidențialitatea datelor pacienților, s-a luat decizia introducerii dosarului electronic, care va înlocui vechile fișe medicale. Practic, acesta este o colecție de înregistrări electronice, în care se regăsește tot setul de informații despre pacient, necesare în diagnosticarea sau stabilirea tratamentului, precum: istoricul medical al pacientului, rezultatele investigațiilor și ale procedurilor urmate de acesta în trecut, alergii, vaccinuri etc. La acest dosar va avea acces și posesorul sau aparținătorul legal, putând fi consultat doar în prezența pacientului, după ce a prezentat cardului electronic.

Înlocuirea fișelor medicale clasice cu acest instrument electronic va aduce multe beneficii atât pacienților, cât și personalului medical sau reprezentanților caselor de asigurări. Cu ajutorul lui, posesorii vor putea avea acces mai ușor la propriile informații medicale, iar datele vor fi protejate, se va reduce birocrăția și, în paralel, și posibilele greșeli medicale sau administrative.

Având la dispoziție istoricul pacientului și alte informații importante, personalul medical va putea folosi aceste date în stabilirea diagnosticului bolnavului, fiind eliminate în acest fel posibilele erori. Pentru situațiile în care este nevoie de părerea mai multor specialiști, dosarul electronic va ușura colaborarea între ei, în beneficiul pacientului.

Dosarul electronic va aduce beneficii și angajaților CNAS, care vor consuma mai puțin timp cu chestiunile administrative și vor avea o evidență la zi în ceea ce privește fiecare persoană asigurată, ceea ce îi va ajuta și în procesul de luare a deciziilor importante pentru sistemul de sănătate din România.



Asistența publică integrată de urgență este asigurată de instituțiile publice de stat, aflate în structurile Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Administrației și Internelor și/sau în subordinea autorităților publice locale, precum și în structura Serviciului de Telecomunicații Speciale prin Direcția

pentru apel unic de urgență 112. Aceasta include ansamblul de măsuri și activități cu caracter logistic, tehnice și medicale, destinate, în principal, salvării și păstrării vieții.



Asistența medicală privată de urgență include un ansamblul de măsuri și activități cu caracter logistic și medical, având ca scop principal salvarea și păstrarea vieții. Acest tip de asistență este asigurată de serviciile private de urgență, care aparțin unor organizații nonguvernamentale, ce funcționează în scop umanitar, sau unor firme, asociații ori persoane fizice, care urmăresc câștiguri bănești în schimbul îngrijilor oferite pacienților.



Asistența medicală de urgență include ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat, care poate fi acordată la diferite niveluri, de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire.



Urgența medicală reprezintă situația în care o persoană s-a accidentat sau îmbolnăvit acut și are nevoie de acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență. Există 2 tipuri de urgență: **cu pericol vital**, unde sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional și **urgență fără pericol vital**, unde îngrijirile pot fi efectuate cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru medical autorizat sau, după caz, la un spital.



Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD) se referă la unitatea de intervenție publică integrată, de importanță strategică, fără personalitate juridică, care are în structura sa echipe de reanimare, specializate în acordarea asistenței medicale și tehnice de urgență, precum și echipe cu personal paramedical, specializat în acordarea primului ajutor. SMURD funcționează în cadrul Inspectoratelor pentru Situații de Urgență, având ca operator aerian structurile de aviație ale Ministerului Administrației și Internelor, în colaborare cu spitalele județene, regionale și cu autoritățile publice locale.



Unitate de Primiri Urgențe (UPU) este secția aflată în structura unui spital, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență al pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe.



Camera de gardă se află în structura unui spital, cu personal propriu, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență al pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe.

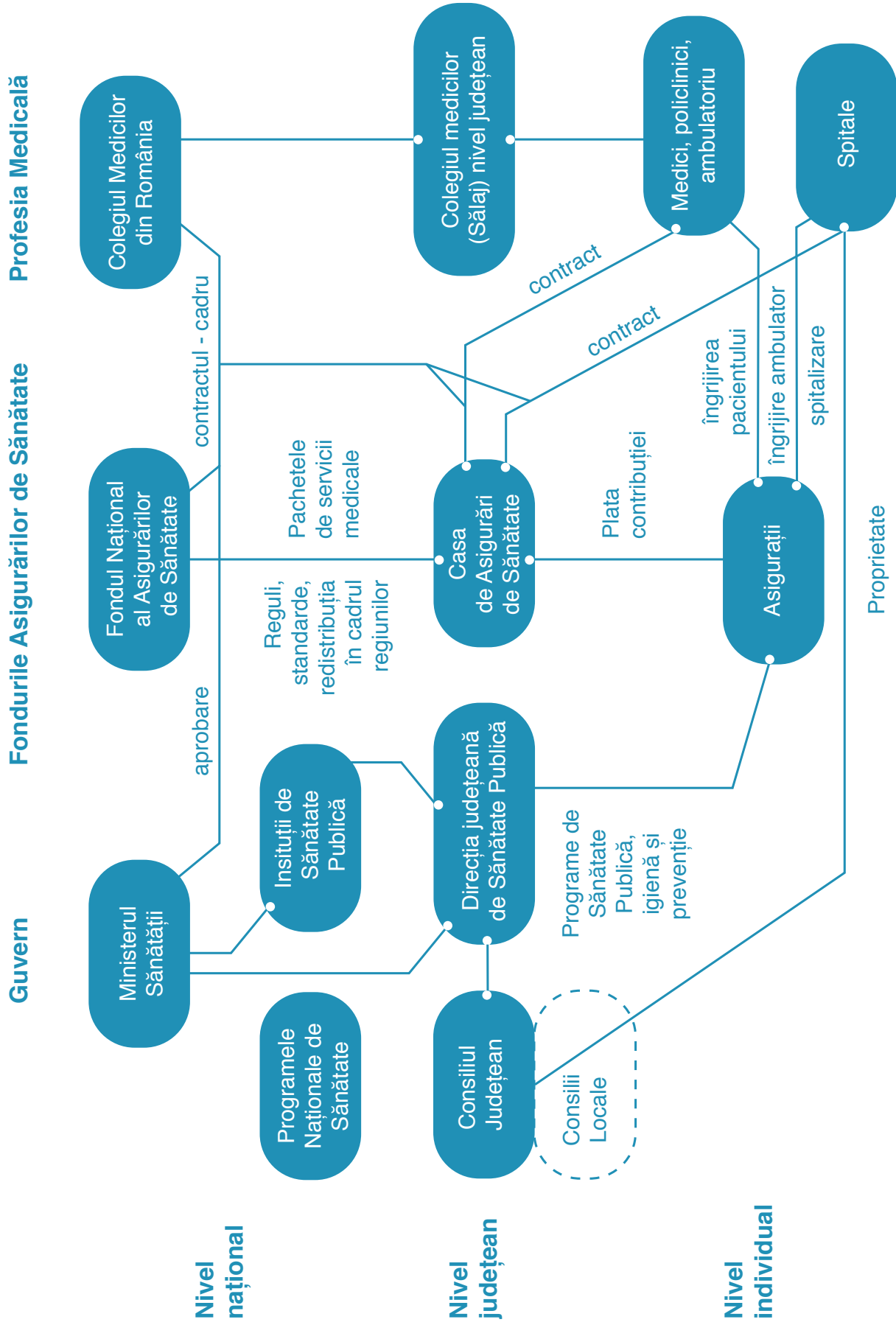


Sistemul național unic pentru apeluri de urgență - 112 este un serviciu telefonic din România, operat de Serviciul de Telecomunicații Speciale, la care poate apela orice cetățean în caz de necesitate, răspunsul fiind activat de urgență.

Anexa 2 - Unități sanitare la nivelul județului Sălaj

		Total	Urban	Rural
1.	Spitale (publice și private)	6	5	1
2.	Cabinete medicale școlare	6	6	
3.	Cabinete medicale de medicină generală	3	1	2
4.	Cabinete medicale de familie	121	57	64
5.	Farmacii	64	36	28
6.	Puncte de lucru ale farmaciilor	22		22
7.	Centre medicale de specialitate	3	3	
8.	Ambulatorii (publice și private)	6	5	1
9.	Cabinete stomatologice	143	95	48
10.	Cabinete medicale de specialitate	82	78	4
11.	Societăți civile medicale de specialitate	2	2	
12.	Laboratoare medicale	7	7	
13.	Laboratoare de tehnică dentară	28	22	6
14.	Centre de permanență: Cehu - Silvaniei, Zalău, Crasna, Hida	4	2	2

Anexa 3 - Organigrama sistemului de îngrijire a sănătății



Sursa: Observatorul european pentru sisteme de îngrijire a sănătății.

