



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - VÂLCEA

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub nr. 255

Str. G-ral Magheru, nr. 27
240195 Rm. Vâlcea - România

C.U.I.: 11342386
e-mail: casvi@rdslink.ro
www.casvl.ro

Fax: ++40 (0)250 73 79 49
Telefon: ++40 (0)250 73 80 35
++40 (0)250 73 42 21
++40 (0)350 40 59 21
++40 (0)350 40 59 22
++40 (0)350 40 99 71
++40 (0)350 40 99 72

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN JUDEȚUL VÂLCEA



Scurt istoric

Până la apariția Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, sistemul de ocrotire a sănătății a fost coordonat în mod centralizat de către Ministerul Sănătății prin cele 41 de direcții sanitare județene și direcția sanitară a municipiului București, constituit dintr-o rețea de spitale, policlinici, dispensare și alte unități sanitare. În plus, existau și un număr de spitale, institute și centre naționale de înaltă specializare direct subordonate Ministerului Sănătății, precum și rețele medicale paralele, în subordinea Ministerului Transporturilor, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne, Ministerului Muncii și Protecției Sociale și Serviciului Român de Informații, care furnizau servicii medicale și răspundeau de ocrotirea sănătății pentru o anumită categorie de populație.

În perioada 1990-1998, s-a utilizat un sistem dualist de tipul finanțare de la bugetul de stat/finanțare complementară – fond special de sănătate (O.G. nr. 22/1992), precum și finanțare externă – împrumuturi de la Banca Mondială (Legea nr. 79/1991), fonduri Phare și donații.

Începutul reformei sanitare a presupus reorganizarea serviciilor de sănătate și a sistemului de finanțare a serviciilor de sănătate. Principiile de organizare ale sistemului sanitar s-au îmbunătățit simțitor prin acces gratuit la serviciile medicale, asistența medicală cu plată, acoperire națională, transferul responsabilităților – Direcțiile Sanitare Județene, Colegiul Medicilor din România, alegerea liberă a medicului, apariția noțiunii de «medic de familie» și apariția sectorului privat.

În iulie 1997, a fost adoptată de Parlamentul României și promulgată de Președintele țării Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate – Legea nr. 145/1997. Aceasta a urmărit modelul de asigurări tip Bismark, cu asigurare de sănătate obligatorie, bazat pe principiul solidarității și funcționând în cadrul unui sistem descentralizat. Ea a intrat în vigoare, cu toate prevederile, începând cu 1 ianuarie 1999, dar a existat o perioadă de tranziție în anul 1998 în care Direcțiile Sanitare Județene și Ministerul Sănătății au administrat fondurile de asigurare. În consecință, de la 1 ianuarie 1999, conform legii au funcționat și casele de asigurări ca instituții publice autonome, conduse de reprezentanții asiguraților și patronatului prin consiliile de administrație, deci și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Implementarea sistemului de asigurări de sănătate și organizarea CNAS și a instituțiilor sale teritoriale.

Legea 145/2002 a asigurărilor sociale de sănătate, primul act normativ care a introdus principiile asigurărilor sociale de sănătate, a venit cu caracteristici noi și democratice (cuprindere obligatorie a populației într-un sistem unitar de protecție socială, alegerea liberă a medicului, unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate, acordare pachet definit de servicii medicale – reglementate prin Contractul – cadru, finanțare prin contribuții și subvenții de stat, echilibru financiar, funcționare descentralizată, solidaritate și subsidiaritate în colectarea și utilizarea fondurilor, echitate, accesibilitate în acordarea serviciilor medicale).

În perioada 1997 – 2001, Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997 a fost modificată succesiv prin O.U.G. nr. 30/1998, OUG nr. 72/1998, O.U.G. nr. 180/2000.

Începând cu data de 20 noiembrie 2002 (data apariției în Monitorul Oficial), Legea asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997 a fost abrogată de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 – privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate (art. 108).

În luna noiembrie 2005 s-a publicat Ordonanța de urgență Nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, astfel că CNAS a preluat, de la 01.01.2006, o atribuție care ani de zile a aparținut Casei Naționale de Pensii și Asigurări



Sociale. Apariția Ordinului Nr. 60/32/2006 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate este pasul logic care a urmat.

În anul 2006, intrarea în vigoare a Legii nr. 95, a însemnat un cadru unitar de reglementare a întregului sector de sănătate din România. Acest act normativ, cu modificările și completările ulterioare, a rămas până astăzi baza legislativă atât a sistemului de asigurări sociale de sănătate cât și a întregului sistem sanitar.

Evoluția sistemului de asigurări sociale de sănătate după intrarea României în UE

Intrarea României în Uniunea Europeană, la 1 ianuarie 2007, a adus noi responsabilități caselor de asigurări de sănătate, legate de emiterea cardului european de asigurat CEAS, a certificatului de înlocuire a cardului și a formularelor europene E*** (redenumite recent S), precum și de gestionarea decontărilor tratamentelor în străinătate a asiguraților, respectiv a tratamentelor acordate în țara noastră a asiguraților din alte state europene.

În luna noiembrie 2008 a intrat în faza de operare proiectul Sistemului Informatic Unic Integrat al Asiguraților Sociale de Sănătate (SIUI). Proiectul în valoare de aproape 120 milioane euro a fost lansat în anul 1999, dar din cauza unor contestații și a unor dificultăți financiare construirea propriu-zisă a început în anul 2002. Totodată, și operaționalizarea SIUI a fost decalată, atât din cauza întârzierii cu care a început construirea sistemului, cât și a modificărilor proiectului inițial care au devenit necesare pe parcurs, odată cu modificările succesive ale legislației și cu apariția de noi atribuții ale CNAS.

În pofida scepticismului cu care a fost privit la început de o parte a furnizorilor de servicii medicale și a opiniei publice, SIUI a permis treptat eficientizarea gestionării sistemului de asigurări sociale de sănătate, acest proiect fiind completat cu cel al rețelei medicale electronice SIPE, devenit operațional la 1 iulie 2012, precum și cu cel al dosarului electronic al pacientului DES, devenit operațional în luna aprilie 2014. Seria proiectelor de informatizare a sistemului de sănătate din România va continua cu introducerea cardului național de sanatate, care se află în plină desfășurare.

Despre Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, al cărei principal obiect de activitate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România. CNAS are misiunea de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, pus permanent în slujba interesului public și a asiguratului, care are rolul de a îmbunătăți starea de sănătate a populației.

CNAS funcționează pe baza Statutului propriu și are următoarele obligații:

- să asigure logistica funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
- să urmărească colectarea și folosirea cu eficiență a fondului;
- să folosească mijloace adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă;
- să acopere nevoile de servicii de sănătate ale persoanelor, în limita fondurilor disponibile.

Organizare teritorială

În subordinea CNAS sunt 43 de case de asigurări de sănătate, dintre care 42 de case cu statut județean (inclusiv *Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București*,



cu acronimul CASMB) și o casă cu statut special, *Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ)*.

Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea are aprobat un număr maxim de 58 de posturi, din care:

- 55 funcții publice, din care 6 funcții de conducere
- 3 funcții contractuale, din care o funcție de conducere

Principalele atribuții conferite de lege **Casei de Asigurări de Sănătate Vâlcea** vizează:

- administrarea bugetului aprobat, parte a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate cu respectarea prevederilor legii, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
- înregistrează și actualizează datele referitoare la asigurați și le comunică Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- furnizează gratuit informații, consultanță și asistență, în problemele asigurărilor sociale de sănătate și ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;
- negociază, contractează și decontează serviciile medicale furnizorilor servicii medicale, în condițiile contractului - cadru;
- monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora;
- organizează licitații vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului – cadru;
- organizează și derulează activitatea de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, inclusiv furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, cu excepția furnizorilor care intra sub incidenta prevederilor Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificări și completări, în vederea intrării acestora în relații contractuale;
- întocmește proiectul bugetului de venituri și cheltuieli și îl transmite, spre analiză și aprobare, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- evaluează satisfacția asiguraților privind respectarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pe baza chestionarelor aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- verifică acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale conform contractelor de furnizare încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;
- participă la informarea asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- aplică un sistem informațional unitar și confidențial, corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia;
- decontează, furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate prestate asiguraților, la termenul prevăzut în contractele încheiate;
- informează furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și de furnizare a serviciilor medicale, a negocierii clauzelor contractuale, precum și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;



- acordă furnizorilor de servicii medicale sume, în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației;
- asigură protecția asiguraților în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulației a acestor date, în conformitate cu legislația în vigoare;
- verifică prescrierea și eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în limita competențelor prevăzute de reglementările legale în vigoare;
- monitorizează, derularea la nivel local a contractelor cost-volum și cost-volum rezultat în limita competențelor atribuite caselor de asigurări de sănătate;
- asigură în conformitate cu actele normative în vigoare, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea/recuperarea contravalorii serviciilor medicale aferente acestora;
- asigură în conformitate cu actele normative în vigoare, activitățile privind asistenta medicală transfrontalieră, inclusiv cele privind rambursarea contravalorii serviciilor medicale aferente acesteia;
- derulează programele naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, potrivit legii;
- asigură continuitatea tratamentului bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative;
- răspunde de asigurarea, urmărirea și controlul fondurilor alocate pentru derularea programelor și subprogramelor naționale de sănătate curative, având în vedere cererile fundamentate ale unităților de specialitate, indicatorii realizați, stocurile existente la nivelul unităților sanitare și în limita fondurilor aprobate cu această destinație;
- monitorizează consumul de medicamente suportate din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății în cadrul farmaciilor cu circuit deschis, a farmaciilor cu circuit închis din unitățile sanitare cu paturi și centre de dializa, conform reglementărilor legale în vigoare;
- asigură restituirea sumelor reprezentând indemnizații de concedii medicale angajatorilor, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare și cu încadrarea în bugetul alocat cu aceasta destinație;
- constată nerespectarea obligațiilor contractuale și aplică sancțiuni în limitele stabilite prin contractele de furnizare de servicii medicale încheiate, inclusiv cele pentru derularea programelor naționale de sănătate curative;
- ia măsuri, potrivit atribuțiilor stabilite de lege, pentru prevenirea, constatarea și sancționarea faptelor ce constituie contravenții;

Introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației și are ca obiectiv protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident.

Fiecare asigurat trebuie să beneficieze în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu de serviciile prevăzute de lege.

Asigurările sociale de sănătate oferă acces la un pachet de servicii minimal și unul de bază, care cuprind servicii medicale pentru prevenirea bolilor, curative, medicamente și dispozitive medicale.

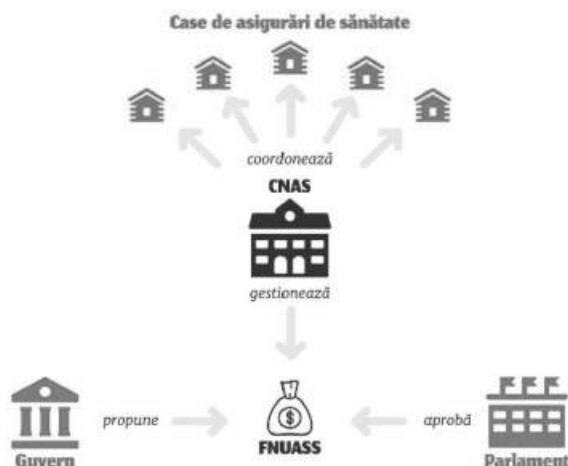
Pachetele de servicii din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin Hotărâre a Guvernului, la propunerea CNAS, în acord cu aspectele prevăzute de Parlament în legea care guvernează sistemul de sănătate (Legea nr. 95/2006).

Lista medicamentelor de care beneficiază asigurații în sistem compensat și gratuit se aprobă de Guvern, la propunerea Ministerului Sănătății, cu avizul CNAS.

Contribuția de asigurări sociale de sănătate, precum și sumele provenite din alte surse, precum dobânzi, donații, subvenții de la bugetul de stat, constituie Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate (FNUASS).

Acesta este gestionat de CNAS, împreună cu casele de asigurări de sănătate.

Bugetul FNUASS, inclusiv modul în care sunt alocate sumele pe diferite segmente de asistență, se aprobă de Parlament, la propunerea Guvernului, și reprezintă o anexă la Legea Bugetului de Stat.



Colectarea contribuției de asigurări sociale de sănătate se află în responsabilitatea Ministerului Finanțelor Publice, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală (ANAF).

Veniturile pentru care se datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate și cota de contribuție sunt definite prin **Codul Fiscal**.

Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul sănătății, aflată în subordinea Guvernului României, responsabilă pentru stabilirea viziunii și strategiei în ceea ce privește politicile publice de sănătate.

CNAS are rolul de a administra și gestiona sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel încât să fie puse în aplicare politicile publice și programele Guvernului în domeniul sanitar.

Misiunea CNAS este de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, pus permanent în slujba interesului public și a asiguratului, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

În subordinea CNAS se află 43 de case de asigurări de sănătate: 41 de case de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București (CASMB) și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ).

Casele de asigurări de sănătate (nu CNAS) încheie contracte directe cu cabinete, clinici, spitale, farmacii, laboratoare și alți furnizori de servicii medicale. Serviciile care se regăsesc în pachetele decontate din FNUASS se acordă în baza contractelor dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori.



Atenție!

Casele de asigurări de sănătate:

- nu încheie contracte direct cu asigurații, ci cu furnizorii de servicii medicale;

- nu decontează asiguraților contravaloarea serviciilor medicale de care au beneficiat, ci furnizorilor cu care se află în contract.

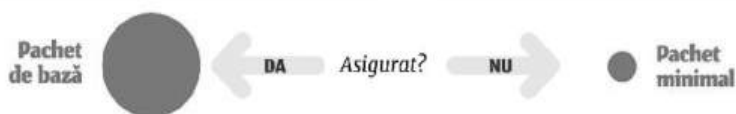
**Pachetele de servicii.
 Calitatea de asigurat,
 drepturi și obligații ale asiguraților**

Pachete de servicii medicale

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, **persoanele asigurate**, indiferent de forma prin care a fost dobândită calitatea de asigurat, beneficiază de pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde servicii furnizate de medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și spital, investigații paraclinice, îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, medicamente compensate, dispozitive medicale, servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare.

Persoanele neasigurate beneficiază de servicii cuprinse într-un pachet minimal de servicii medicale, care cuprinde servicii care se acordă în caz de urgențe medico- chirurgicale și boli cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

La nivelul medicului de familie, persoanele neasigurate beneficiază de un pachet minimal extins, similar cu pachetul de bază.



Calitatea de asigurat

Codul Fiscal prevede următoarele: „Cota de contribuție de asigurări sociale de sănătate este de 10% și se datorează de către persoanele fizice care au calitatea de angajați, cele care realizează venituri pentru care există obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de către cele care nu realizează venituri dar optează să se asigure în sistem”.

Anumite categorii de persoane sunt **asigurate fără plata contribuției, printre care:**

- copiii până la vârsta de 18 ani și tinerii cu vârsta între 18-26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, studenții și

studenții doctoranzi, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale;

- soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- femeile însărcinate și lăuzele;
- persoanele cu handicap;
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate;
- beneficiarii legilor speciale;
- pensionarii;
- persoanele care se află în concedii acordate în baza Legii 346/2002 (urmare unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale);
- persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului în vârstă de până la doi ani sau, după caz, până la trei ani;
- persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj.

Drepturile asiguraților

În cadrul sistemului de asigurări sociale, asigurații au următoarele **drepturi**:

- să aleagă furnizorii de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se înscriu;
- să fie înscriși pe lista unui medic de familie ales în mod liber;
- să își schimbe medicul de familie ales, dar nu mai des de o dată la 6 luni;
- să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, servicii medicale de urgență, unele servicii de asistență stomatologică, tratament fizioterapeutic și de recuperare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;
- să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;
- să aibă dreptul la informații în cazul tratamentelor medicale;
- să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în condițiile legii.

Obligațiile asiguraților

Pentru a putea beneficia de drepturile anterior menționate, asigurații au următoarele **obligații**:

- 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;
- să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- să respecte tratamentul și indicațiile medicului și să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata/contribuția personală, în condițiile legii.

Verificarea calității de asigurat se poate face online, prin interogarea aplicației disponibile pe pagina web a CNAS și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate - <http://cnas.ro/verificare-asigurati/>



Cardul național de sănătate

Ce este cardul național de sănătate?

Cardul de sănătate este instrumentul, personal și netransmisibil, de acces la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale din pachetul de bază.

Cum se obține cardul național de sănătate?

Cardurile se emit din oficiu, prin extrageri periodice din registrul național de evidență al asiguraților. Comenzile de tipărire se transmit centralizat, la nivel național, pentru persoanele care împlinesc vârsta de 18 ani și/sau cele care dobândesc calitatea de asigurat.

Cum se utilizează cardul național de sănătate?

Odată activat, cardul de sănătate va fi prezentat ori de câte ori asiguratul accesează servicii medicale sau farmaceutice la furnizorii aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția unor cazuri reglementate de lege. Furnizorul va introduce cardul în cititor, iar asiguratul va tasta codul PIN.

Cum se procedează în situația în care cardul de sănătate se blochează?

Dacă asiguratul tastează greșit codul PIN de cinci ori consecutiv, cardul se blochează. Furnizorul va contacta helpdesk:

☎ 0800-800-950

suport.ceas@casan.ro

Cum se obține un nou card de sănătate?

Asigurații care au primit carduri de sănătate cu date personale eronate sau au pierdut/distrus acest document, pot solicita eliberarea unui nou card la casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află, în baza următoarelor documente: cerere tip, copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului duplicat. Documentele necesare pot fi transmise către casa de asigurări de sănătate și electronic.

Adeverința de înlocuire a cardului

În cazul solicitării unui duplicat al cardului de sănătate, până la primirea acestuia, asiguratul va beneficia de servicii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în baza unei adeverințe de înlocuire a cardului, care are valabilitate 2 luni și se poate reînnoi.

Pentru asigurații care refuză primirea cardului de sănătate, în baza unei cereri în care expun motivele refuzului, casa de asigurări de sănătate eliberează periodic, la solicitarea asiguratului, adeverința de înlocuire a cardului, cu valabilitate de 3 luni.

Atenție!

Asigurații pentru care încă nu a fost emis cardul ☎ pot beneficia de servicii medicale fără prezentarea cardului/adeverinței de asigurat eliberată de casa de asigurări.

Serviciile medicale de urgență, serviciile medicale ☎ și serviciile conexe actului medical acordate la distanță nu necesită utilizarea cardului de sănătate.

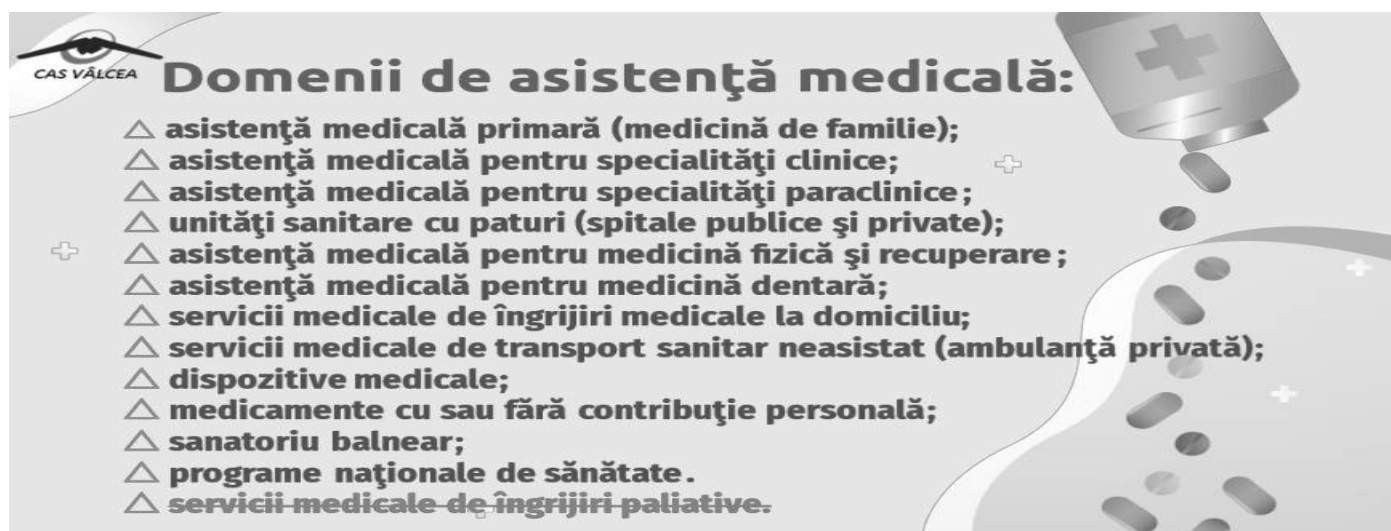
☎ Perioada de valabilitate a cardului de sănătate se prelungește automat.

În perioada 2013-2023 au fost distribuite de către CN Poșta Română SA un număr de 299.310 de carduri naționale din 318.322 de carduri tipărite. Cardurile nedistribuite (19.012) au fost returnate la CAS Vâlcea de unde pot fi ridicate de către titularii acestora. Până la data de 31.12.2023 au fost solicitate la CAS Vâlcea un număr de 13.807 carduri returnate de către CN Poșta Română SA din care s-au prezentat pentru a ridica cardul 7.114 de persoane. Valabilitatea cardurilor a fost prelungită.

Tip document	Numar	%
Carduri naționale emise în perioada 2013- 2023, din care:	318.322	100%
Carduri naționale distribuite direct prin Poșta Romana	299.310	94,03%
Carduri naționale returnate la CAS Vâlcea	19.012	5,97%
Carduri naționale ridicate de la CAS Vâlcea	13.807	-

Pe parcursul anului 2023 au fost solicitate și eliberate 11.543 carduri naționale duplicat/adeverințe înlocuitoare a cardurilor naționale pentru cazuri de pierdere, distrugere sau modificare de date, respectiv 600 persoane care au refuzat utilizarea cardului din motive religioase sau de conștiință pentru care s-au emis adeverințe înlocuitoare.

Tip document	Numar	%
Carduri nationale duplicat / adeverinte emise (pierdere, distrugere, modificare date etc.)	11.543	95.05%
Adeverințe refuz utilizare carduri nationale pe motive religioase sau de constiinta	600	4,95%
Total	12.143	100%



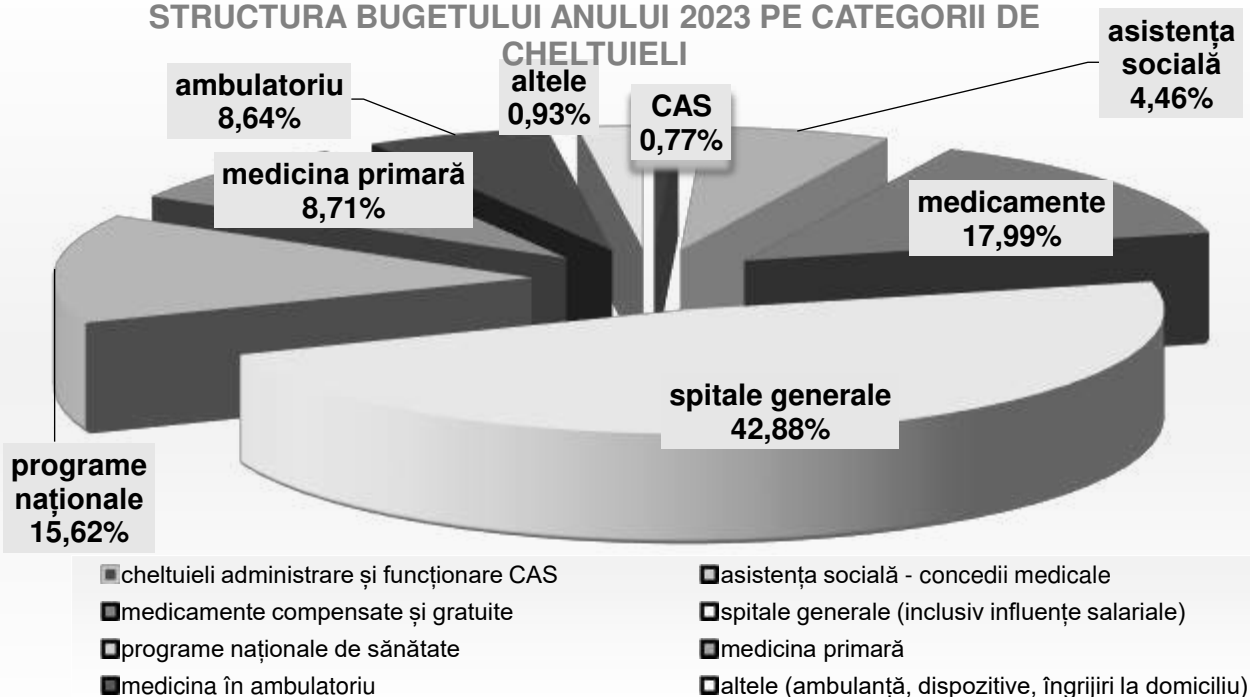
Domenii de asistență medicală:

- △ asistență medicală primară (medicină de familie);
- △ asistență medicală pentru specialități clinice;
- △ asistență medicală pentru specialități paraclinice;
- △ unități sanitare cu paturi (spitale publice și private);
- △ asistență medicală pentru medicină fizică și recuperare;
- △ asistență medicală pentru medicină dentară;
- △ servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu;
- △ servicii medicale de transport sanitar neasistat (ambulanță privată);
- △ dispozitive medicale;
- △ medicamente cu sau fără contribuție personală;
- △ sanatoriu balnear;
- △ programe naționale de sănătate.
- △ servicii medicale de îngrijiri paliative.

Bugetul Fondului national unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2023 a fost aprobat prin Legea bugetului de stat nr. 368/2022 și rectificat apoi prin O.U.G. nr. 50/2022, O.U.G. nr. 135/2022 și O.U.G. nr. 201/2022 și prevede atât la capitolul Venituri suma de 488.110,38 mii lei, cât și la capitolul Cheltuieli suma de 702.718,04 mii lei.

Ordonatorul principal de credite a repartizat pentru anul 2023 către Casa de Asigurări de Sănătate a județului Vâlcea o prevedere bugetară de 527.321,12 mii lei la capitolul Venituri și 775.359,08 mii lei la capitolul Cheltuieli.

STRUCTURA BUGETULUI ANULUI 2023 PE CATEGORII DE CHELTUIELI



Contracte încheiate cu furnizorii de servicii medicale în anul 2023

Nr. crt.	Tipul de asistență medicală	Nr. contracte aflate în derulare la 31.12.2023 și care au fost prelungite prin act adițional
1	Asistența medicală primară	185
2	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	51
3	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice	13
4	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	67
5	Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu	19
6	Asistența medicală spitalicească	11
7	Consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat	2
8	Îngrijiri medicale la domiciliu	3
9	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu	44
10	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu	71
11	Recuperare în unități sanitare cu paturi (sanatorii și preventorii)	1
TOTAL		467



Medicul de familie

Medicul de familie reprezintă primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate. Serviciile de medicină primară se bazează pe relația continuă dintre medic și persoana înscrisă pe lista proprie.

Orice persoană se poate înscrie pe lista unui medic de familie pe care îl alege, care poate fi schimbat după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii, cu anumite excepții de la acest interval.

Medicul de familie acordă asiguraților serviciile medicale incluse în pachetul de bază

1. Servicii medicale curative, respectiv:

- servicii pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice.

Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și consultațiile pentru bolile cronice **pot fi acordate și la distanță (de exemplu telefonic)**.

Documentele rezultate urmare a consultației la distanță, inclusiv rețeta electronică, se transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronice (de exemplu e-mail).

2. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:

- spirometrie
- peakflowmetrie
- măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore
- măsurarea indicelui de presiune gleznă-braț, efectuarea și interpretarea electrocardiografei
- administrare medicație aerosoli
- tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase
- tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale
- imobilizare entorsă
- sondaj vezical
- recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
- calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză (testul Frax), etc.

3. Consultații la domiciliu care se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor.

4. Servicii de administrare de medicamente care constau în administrare schemei tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat în timpul programului de lucru în cabinet.

5. Activități de suport care constau în eliberarea de documente medicale pentru persoanele din lista proprie: bilet de trimitere, prescripție medicală, certificat de concediu medical, adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale

necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, carnet de vaccinări, avizul epidemiologic, fișă medicală adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, fișă medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, certificat medical constatator al decesului, recomandare pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii asigurați, eliberarea documentelor medicale, potrivit competenței, necesare evaluării și reevaluării în vederea încadrării în grad de handicap, recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.



6. Servicii medicale preventive și profilactice acordate pentru toate categoriile de vârstă persoanelor înscrise pe lista medicului de familie.

Medicul de familie acordă servicii de planificare familială și servicii de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei

Medicul de familie poate prescrie investigații pentru depistarea diabetului zaharat la adulții care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat cu vârsta de peste 18 ani, supraponderali și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat și poate iniția tratament cu Metforminum.

De asemenea, pentru adulții cu vârsta de 18 ani și peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, medicul de familie recomandă efectuarea unor analize pentru depistarea bolii cronice de rinichi.

Persoanele neasigurate beneficiază gratuit de pachetul minimal extins, care cuprinde aceleași consultații ca și pachetul de bază acordat persoanelor asigurate. Costul analizelor de laborator este suportat integral de neasigurat.



ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Indicatori privind asistența medicală primară realizați în anul 2023

Nr. Crt.	Indicatori	Urban	Rural	TOTAL
1	Număr total localități din județ, din care:	11	78	89
1.1	Număr de localități neacoperite cu servicii de medicină de familie (comunele Runcu și Titesti)	0	2	2
2	Populația județului la 06.06.2023 (adresă DJS Vâlcea) – date provizorii	167.342	220.132	387.474
3	Număr total de persoane înscrise la medicul de familie (conform raport SIUI la 31.12.2023), din care :	167.149	176.856	344.005
3.1	persoane asigurate înscrise la medici de familie	136.544	145.789	282.333
3.2	persoane care nu fac dovada calității de asigurat luați în evidență la medic de familie	30.605	31.067	61.672
4	Număr de medici de familie aflați în relație contractuală cu CAS - cu listă proprie	96	94	190
5	Număr medici de familie angajați la cabinetele de medicină de familie	4	7	11

Modalitățile de plată pentru serviciile medicale acordate în baza contractului sunt:

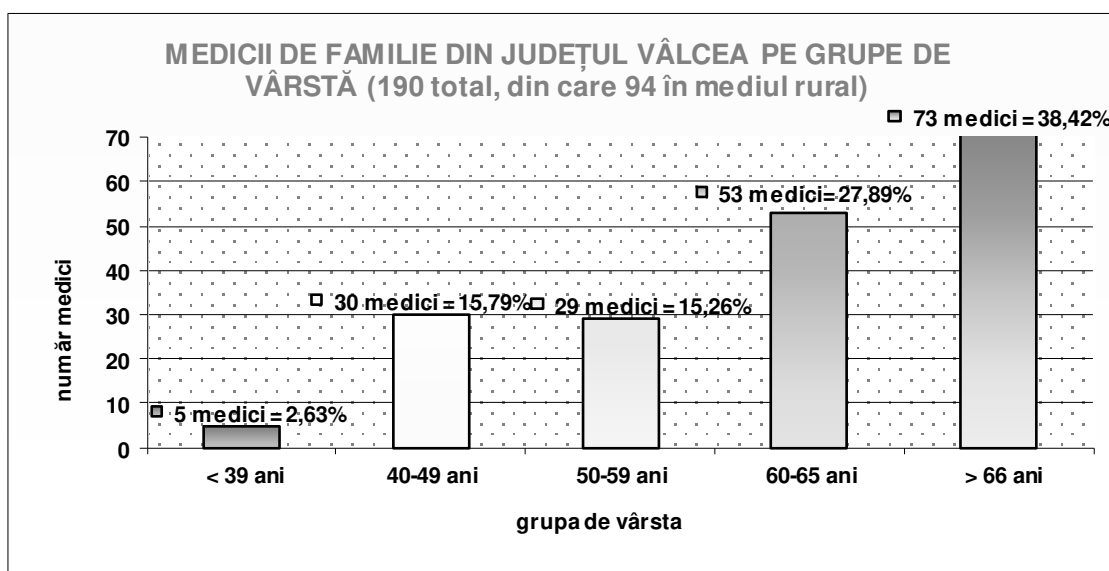
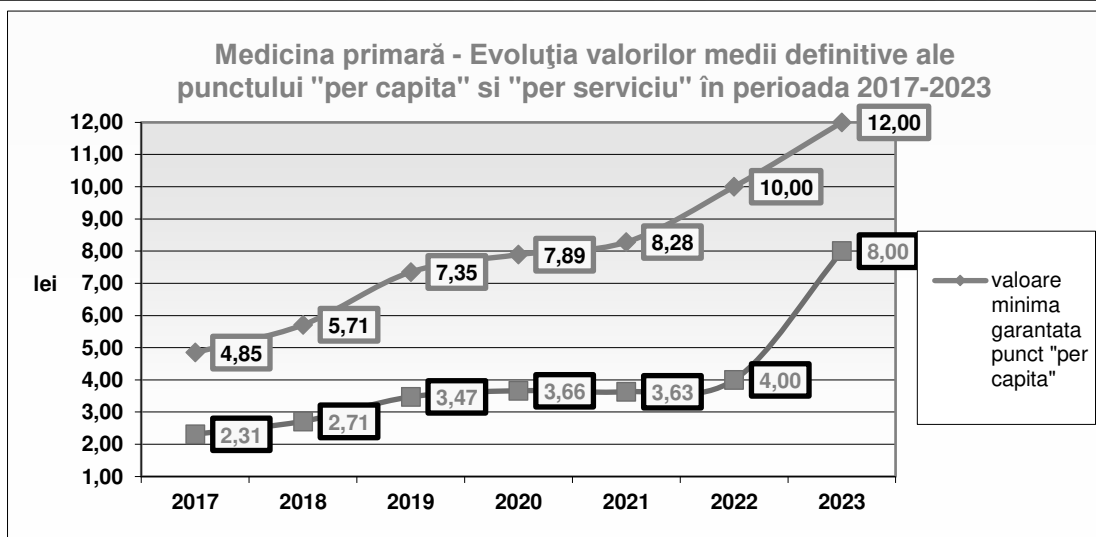
- o plata „per capita” prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate;
- o plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte.

VALORILE GARANTATE ALE PUNCTULUI UNICĂ PE ȚARĂ

An 2023	TRIMESTRUL I	TRIMESTRUL II	TRIMESTRUL III	TRIMESTRUL IV
Valoarea garantată a punctului <i>per capita</i>	10,00 lei	10,00 lei	12,00 lei	12,00 lei
Valoare garantată a punctului pentru plata pe <i>serviciu medical</i> , inclusiv pentru plata pe <i>serviciu medical diagnostic și terapeutic</i>	4,00 lei	4,00 lei	8,00 lei	8,00 lei
Valoare garantată a punctului pentru plata pe <i>serviciu medical acordat persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat</i>	4,00 lei	4,00 lei	8,00 lei	8,00 lei

anul	nr_medici	Vârstă 0_39 ani	Vârstă 40_49 ani	Vârstă 50_59 ani	Vârstă 60_64 ani	Vârstă 65_100 ani
2021	205	5	29	31	42	98
2022	199	5	30	29	41	94
2023	198	5	29	31	42	91

Din punct de vedere al finanțării, medicina de familie a beneficiat, constant, și an de an, de creșterea valorii **punctului per capita** și a **punctului per serviciu**, în funcție de care se face decontarea activității medicilor de familie.



Avem un corp de adevărați profesioniști între medicii de familie, însă, așa cum se observă din graficul de mai sus, **viitorul nu sună bine deloc**. Peste 66 % din medicii de familie din județ se află în grupa de vârstă >60 ani, astfel încât putem constata o **îmbătrânire a corpului acestor profesioniști**. Ritmul în care se intră ca medic în asistența medicală primară este foarte lent, existând un dezechilibru major între numărul potențialelor intrări în sistem și viitoare ieșiri. Ce consecințe vor fi? **Creșterea numărului de zone neacoperite** de servicii medicale furnizate de către medicii de familie, **acces îngreunat/chiar deloc la serviciile medicale, calitatea actului medical va avea de suferit** ca urmare a numărului tot mai mare de asigurați pe listele de capitație ale medicilor ramasi in sistem.

ASIGURAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARĂ ÎN LOCALITĂȚILE DIN JUDEȚUL VÂLCEA



Medicul specialist

Asistența medicală ambulatorie de specialitate se acordă în cabinete medicale, unități sanitare, ambulatorii de specialitate și integrate din cadrul spitalelor, centre medicale de diagnostic și tratament, cabinete de îngrijiri paliative, aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Asigurații au dreptul la următoarele servicii acordate de medicul specialist: servicii pentru situații de urgență, servicii medicale curative pentru afecțiuni acute, consultații pentru boli cronice, depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială (consiliere, evaluare și monitorizare a statusului genito-mamar, tratamentul complicațiilor), servicii de îngrijiri paliative, servicii diagnostice și terapeutice, servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei, servicii medicale în scop diagnostic (*acestea din urmă sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic*).

Consultația medicală de specialitate se acordă în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie sau de alt medic de specialitate aflat în contract/convenție cu casa de asigurări.

Nu este necesară prezentarea biletului de trimitere, pentru situațiile de urgență și serviciile de planificare familială,

Asiguratul diagnosticat cu anumite afecțiuni (de exemplu: infarct miocardic, angină pectorală instabilă, diabet, glaucom, insuficiență cardiacă cronică, status post AVC, scleroză multiplă, pareze, tulburări psihice, status posttransplant,

Persoanele neasigurate pot beneficia de următoarele servicii medicale gratuite: urgențe medicale, servicii pentru supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, precum și consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei. Acestea se pot prezenta direct la medicul specialist pentru a beneficia de aceste servicii, fără a fi nevoie de bilet de trimitere. Persoanele neasigurate vor suporta integral costurile analizelor de laborator și al investigațiilor imagistice recomandate și contravaloarea tratamentului prescris de medicul specialist.



epilepsie, astm bronșic, hepatită de etiologie virală, afecțiuni oncologice, tuberculoză, poliartrită reumatoidă, risc obstetrical crescut la gravide, dermatită atopică etc.), se poate prezenta direct la medicul specialist, **cu programare**, fără a mai fi nevoie de bilet de trimitere, pentru un control periodic sau în cazul agravării/acutezării afecțiunii diagnosticate.

Cel puțin o dată pe an sau ori de câte ori este nevoie, medicul specialist va informa medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit sau nu schimbări în evoluția bolii și în schema terapeutică.

Pentru a beneficia de a doua și a treia consultație, la solicitarea medicului specialist, în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, nu mai este necesar biletul de trimitere.

Pacienții cu afecțiuni cronice beneficiază, în baza unui bilet de trimitere, de maxim 4 consultații pe trimestru, cu încadrarea în cel mult 2 consultații pe lună, pentru servicii care prevăd evaluarea pacientului și a investigațiilor de laborator, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolii.

După externarea din spital, se acordă maximum 2 consultații pentru: urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării, efectuarea unor manevre terapeutice, examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

Consultațiile pentru afecțiunile cronice, precum și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare, pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic specialist. Documentele rezultate în urma consultațiilor la distanță vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică (inclusiv rețeta electronică).

În cadrul ambulatoriului de specialitate, se pot acorda și servicii în regim de spitalizare de zi, a căror durată este mai mică de 12 ore și cuprind un cumul de servicii medicale clinice și investigații, de exemplu: supravegherea sarcinii normale, supravegherea sarcinii cu risc crescut, screening prenatal, depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui, depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin.

Medicul specialist poate decide, ca urmare a consultațiilor: conduita terapeutică și prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, eliberarea recomandării pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, eliberarea recomandării pentru dispozitive medicale, evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, eliberarea biletului de trimitere către alte specialități, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/ bilet de internare, eliberarea de certificat de concediu medical etc.

Medicii cu anumite specializări (exemple: neurolog, psihiatru, reumatolog, ortoped, oncolog, cardiolog, pneumolog, pediatru, endocrinolog, chirurg pediatru, chirurg cardiovascular, radioterapeut etc.) precum și medicii cu atestat de îngrijiri paliative pot recomanda asiguraților servicii furnizate de psiholog sau de fizioterapeut, cu condiția ca ambulatoriul de specialitate în care medicul își desfășoară activitatea să aibă personal calificat sau să fie în contract cu un furnizor de servicii psihologice sau fizioterapeutice.

Servicii conexe actului medical

Serviciile care pot fi furnizate de **psiholog** sunt, spre exemplu: serviciul de evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic, consiliere psihologică și de psihopedagogie specială, psihoterapie.

Ședința are o durată de minim 50 de minute. Frecvența și numărul ședințelor se stabilesc de către medic, de comun acord cu psihologul.

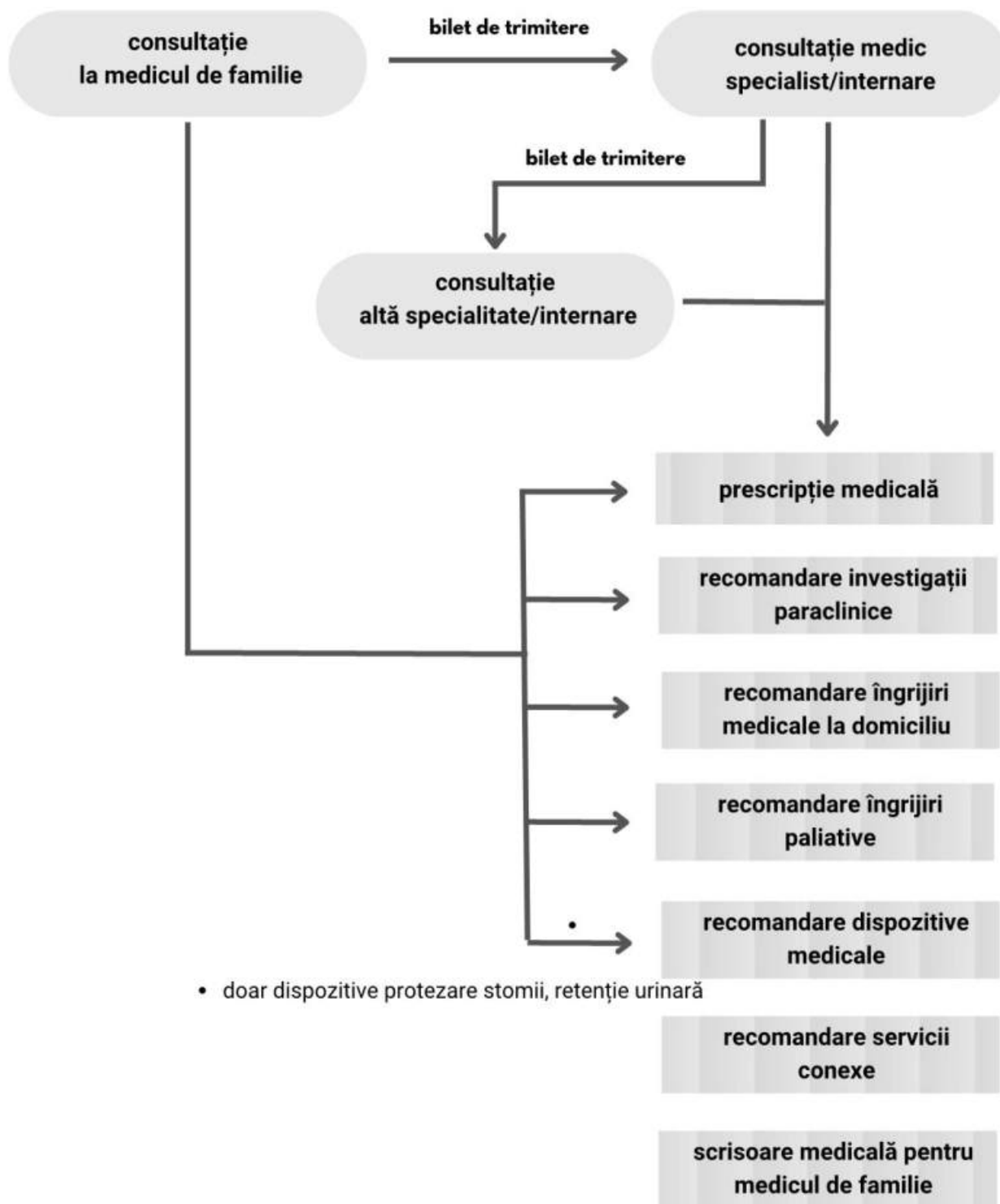
Terapiile psihiatrice, serviciile furnizate de psiholog, precum și serviciile furnizate de logoped, sfatul genetic pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloc electronic de comunicare.

Serviciile care pot fi furnizate de **fizioterapeut** sunt: kinetoterapie individuală sau de grup, kinetoterapie pe aparate speciale, precum dispozitive mecanice, dispozitive electromecanice, dispozitive robotizate, drenajul limfatic manual al limfedemului.

Ședința de kinetoterapie are o durată de minim 45 de minute.

Drenajul limfatic manual al limfedemului are o durată de minim 50 de minute și se efectuează numai de către fizioterapeuții cu pregătire profesională pentru acordarea acestui serviciu.







La data de 31 decembrie 2023, în relație contractuală cu CAS Vâlcea erau un număr de 51 de furnizori care acordă servicii medicale în ambulatoriile de specialitate, în cadrul acestor ambulatorii fiind înregistrați un număr de 244 medici specialiști în specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, recunoscute prin lege în România.

Repartizarea, pe zone și pe specialități clinice, a furnizorilor aflați în relație contractuală în județul Vâlcea se prezintă astfel:

Zonă / furnizor de servicii medicale specialități clinice	Nr. total de servicii acordate în 2023, din care:	Consultații de specialitate	Servicii diagnostice și terapeutice
Bălcești	11.706	8.928	2.778
CENTRUL MEDICAL ADIDANA	3.234	1.712	1.522
SC PUFMED SRL	3.655	2.399	1.256
SC SCHENKER SRL	4.817	4.817	0
Bălcești/Drăgășani	10.823	10.205	618
ANDRE MARY CONSULTING SRL	10.823	10.205	618
Brezoi	8.351	3.368	4.983
SPITALUL OĂȘENESC BREZOI	8.351	3.368	4.983
Călimănești	2.286	2.173	113
SC ACTAMEDICA SRL (încetat contractul)	2.250	2.137	113
SC INCARMED SRL	36	36	0
Drăgășani	61.467	41.807	19.660
CMI DR BĂRBULESCU DOINA	6.596	3.736	2.860
CMI DR DAVID CORNELIU	3.172	3.172	0
CMI DR DRĂGUȘIN MIHAELA SRL	305	286	19
CMI DR. FLORESCU MARIA	6.089	4.421	1.668
CMI DR. RITA DUMITRAȘCU	1.309	953	356
CMI PASCU GEORGETA	4.156	4.156	0
PAVELESCU ALIN	5.242	2.749	2.493
PAVELESCU DOINA	3.356	1.696	1.660
SPITALUL MUNICIPAL DRĂGĂȘANI	31.242	20.638	10.604
Drăgoești	1.164	1.164	0
SPITAL DE PSIHIATRIE DRĂGOEȘTI	1.164	1.164	0
Horezu	51.112	37.191	13.921
SPITALUL ORĂȘENESC HOREZU	51.112	37.191	13.921
Mihăești	3.741	3.505	236
SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE MIHĂEȘTI	3.741	3.505	236
Râmnicu Vâlcea	253.339	176.376	76.963
CARDIOLOGIE DR. CRISTINA RĂDOI SRL	9.289	5.251	4.038
CMI BĂLOI FLORELIA ARINA	7.114	4.262	2.852
CMI DR CEBANU AURELIAN	3.240	1.511	1.729
CMI DR TĂNĂSIE SRL	1.902	966	936
CMI DR TURCITU ALEXANDRU	31	31	0
CMI DR. DANEȘ CĂTĂLIN (încetat contractul)	972	409	563



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - VÂLCEA

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub nr. 255
Str. G-ral Magheru, nr. 27 C.U.I.: 11342386 Fax: ++40 (0)250 73 79 49 ++40 (0)350 40 99 22
240195 Rm. Vâlcea - România e-mail: casvi@rdslink.ro Telefon: ++40 (0)250 73 80 35 ++40 (0)350 40 99 71
www.casvl.ro ++40 (0)350 40 99 21 ++40 (0)350 40 99 72

CMI PNEUMOLOGIE DR.VIORICA MINCU	1.504	715	789
SC BALNEOMEDCENTER SA	10.872	5.842	5.030
SC CARDIOPRO MEDICAL SRL	6.148	2.308	3.840
SC CEDRIN MED SRL	3.161	1.558	1.603
SC CENTRUL MEDICAL SAMA SRL	9.034	6.296	2.738
SC DR PASCU MENTAL CARE SRL	7.808	7.808	0
SC GENA CLINIQUE MEDICAL SRL	1.220	619	601
SC GERONTO HEALTCARE SRL	5.609	2.590	3.019
SC MED PAȘCUȚ SRL	2.453	2.107	346
SC MEDAUDIO - OPTICA SRL	10.181	4.490	5.691
SC MEDICALMA CLINIC SRL	11.043	6.877	4.166
SC NEURON TEAM SRL	7.167	3.996	3.171
SC RAPITEST CLINICA	41.491	24.371	17.120
SC SANMED SRL	2.590	1.291	1.299
SJU VÂLCEA	100.316	83.047	17.269
Societatea civilă medicală Bălan Mihai și Asociații SRL	10.194	10.031	163
Total general	403.989	284.717	119.272

Plata serviciilor medicale în anul 2023 s-a făcut prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical fiind în 2023, unică pe țară, respectiv de **4,50 lei**.

Din punct de vedere al necesarului de norme și de medici de specialitate, comisia mixtă constituită potrivit dispozițiilor legale, a stabilit, prin hotărârea nr. 5/15.06.2023 un necesar de 521 norme, respectiv un necesar de 561 de medici de specialitate, stabilind și localitățile / zonele deficitare din punct de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu.

O atenție deosebită, ținând cont de specificul balnear al județului nostru, a fost acordată **specialității medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu**, fiind încheiate contracte cu medicii în această specialitate existenți în cadrul societăților de turism balnear care funcționează în stațiunile turistice din județ sau în cadrul cabinetelor de specialitate din ambulatoriilor integrate sau de specialitate, publice sau private, cabinete medicale de specialitate, autorizate și evaluate / acreditate potrivit legii.

De asemenea, comisia mixtă a stabilit ca deficitară această specialitate pentru toate stațiunile balneoclimaterice din județ.

Analize de laborator și investigații imagistice

Pentru a beneficia de analize de laborator și investigații imagistice gratuite, pacienții trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie asigurați;
- să dețină un bilet de trimitere de la medicul de familie sau medicul specialist, care se află în contract cu casa de asigurări de sănătate;
- să se prezinte la un laborator care are încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru analize/investigațiile recomandate

Asigurații pot beneficia de investigații pe baza biletului de trimitere la laboratoare de analize și centrele de imagistică aflate în contract cu orice casă de asigurări, indiferent de casa de asigurări cu care se află în contract medicul care a eliberat biletul de trimitere.

Asigurații pot beneficia de următoarele categorii de analize de laborator:

- hematologice (hemogramă etc.);
- serice (exemple: acid uric, creatinină serică, glicemie, colesterol, trigliceride, sodiu, potasiu, calciu, magneziu etc.);
- de urină (sumar și sediment de urină, albumină urinară, glucoză urinară etc.);
- imunologice (diferiți hormoni și anticorpi);
- microbiologice (analiza secrețiilor, excrețiilor, antibiogramă);
- examen de țesuturi prelevate;
- testare Babeș-Papanicolau.



De asemenea, sunt decontate și investigații de radiologie, precum și ecografiile (investigații neiradiante), Doppler și investigații de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafii, angiografii).

Laboratoarele în contract cu casele de asigurări de sănătate pot fi identificate [aici](#).



ASISTENȚA MEDICALĂ PARACLINICĂ

La 31.12.2023 se aflau în contract cu CAS Vâlcea un număr de 13 furnizori, din care 3 publici și 10 privați, respectiv:

- 3 = laboratoare de analize medicale,
- 5 = furnizori de investigații paraclinice: analize medicale + investigații de radiologie și imagistică medicală (Rx, CT, RMN)
- 5 = furnizori de investigații paraclinice de tip imagistica medicală și medicină nucleară (RMN, scintigrafie) .

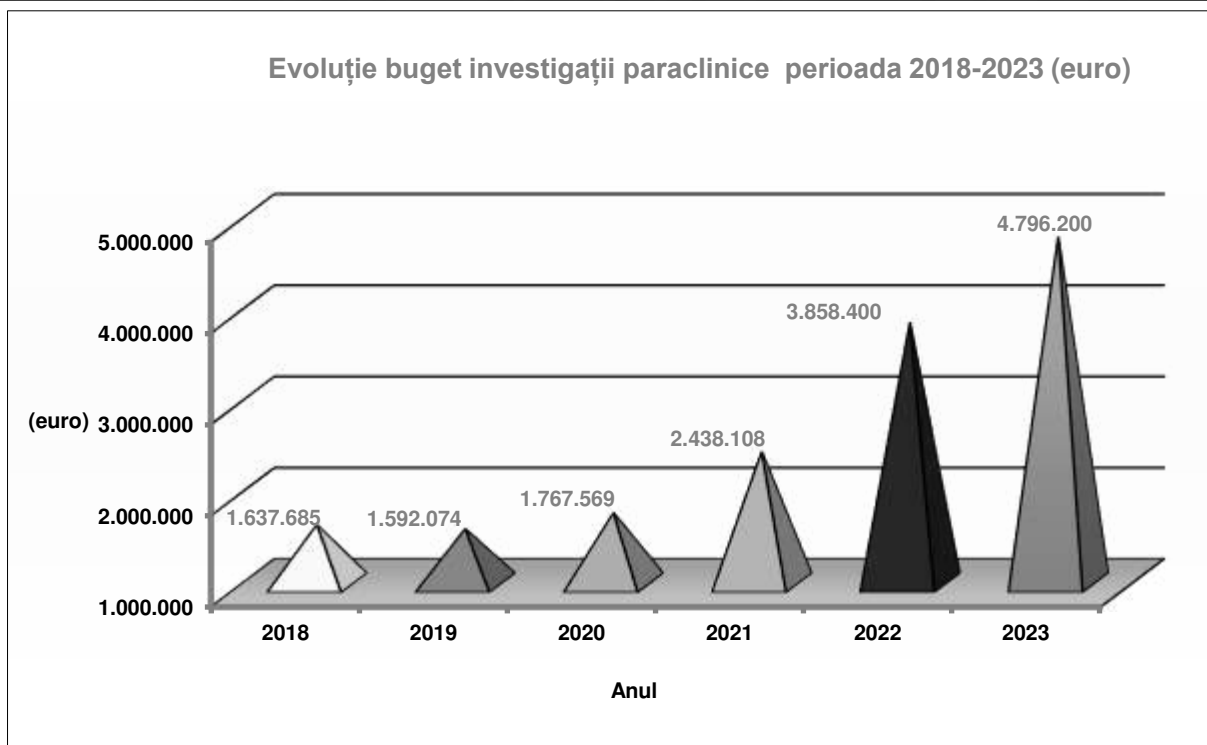
De asemenea, avem încheiate 2 contracte cu furnizori de investigații - hemoglobina glicozilată (1 furnizor public și 1 furnizor privat).

Nr.crt.	Tipul investigațiilor paraclinice	Numar furnizori in contract in anul 2023	Numar medici in contract in anul 2023	Numar servicii contractate in anul 2023
	<i>Înaltă performanță total, din care:</i>			32.220
I..1	CT	9	14	17.411
I..2	RMN	7	12	13.289
I..3	Angio-RMN, CT	5	10	604
I..4	Scintigrafie	2	2	916

Nr. crt.	Tipul investigațiilor paraclinice	Numar furnizori in contract in 2023	Numar medici in contract în 2023	Numar servicii contractate
	<i>Radiologie, imagistică și explorări functionale</i>			
1.1	Radiologie convențională	7	13	19.494
1.2	Ecografie (acte adiționale la contractele pentru specialități clinice)	0	0	0
1.3	Radiologie dentară (acte adiționale la contractele de medicină dentară)	0	0	0

Nr.crt.	Tipul investigațiilor paraclinice	Numar furnizori in contract in anul 2023	Numar medici in contract in anul 2023	Numar servicii contractate/decontate in anul 2023
	<i>Analize de Laborator, din care:</i>			1.000.537
1.1	Hematologie	7	14	127.256
1.2	Biochimie	7	14	744.187
1.3	Imunologie	7	14	105.435
1.4	Microbiologie	7	14	20.996
1.5	Anatomie patologică	2	5	2.663

Nr.crt.	Tipul investigației paraclinice	Numar furnizori in contract	Numar medici in contract	Numar servicii contractate
x	Hemoglobina glicozilata	2	7	514



Și în anul 2023 am acordat o atenție sporită domeniului investigații paraclinice în ambulatoriu, unde potrivit dispozițiilor legale în vigoare, CAS Vâlcea a finanțat toată gama de investigații: analize de laborator, imagistică medicală (CT, Rx, RMN) – atât pentru investigațiile uzuale, dar mai ales pentru monitorizarea bolnavilor COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, neurologice, și, nu în ultimul rând, pentru monitorizarea periodică a stării de sănătate a unor categorii/grupe de vârstă vulnerabile sau care prezintă factori de risc.

Si la acest capitol, **bugetul alocat în 2023**, a fost de 4.637,62 mii lei (față de **3.161,74 mii lei** în 2022), (19% din total buget) eforturile financiare având ca efect diminuarea timpilor de așteptare și eliminarea, în cazul unor investigații, a listelor de așteptare.

Asistență spitalicească

Serviciile spitalicești se acordă pentru bolile care necesită internare și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

Serviciile medicale în regim de spitalizare se acordă, conform programării, în baza biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie sau de medicul specialist din ambulatoriu.

Biletul de trimitere nu este necesar în caz de urgență medicală, naștere, chimioterapie, radioterapie, boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament ș.a.

Persoanele neasigurate beneficiază de servicii spitalicești până la rezolvarea urgenței, în cazul urgențelor medico- chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, respectiv până la rezolvarea completă a cazului, pentru bolile cu potențial endemo-epidemic.

Serviciile medicale se pot acorda prin spitalizare de zi, prin care se înțelege o durată de internare de maxim 12 ore, sau prin spitalizare continuă, cu o durată de internare mai mare de 12 ore.

În spitalizare de zi pot fi tratate afecțiuni precum: anemie, infecții ale căilor respiratorii, infecții ale tractului urinar, infecții intestinale virale sau bacteriene, diaree infecțioasă, sindromul intestinului iritabil, boala refluxului gastro-esofagian, varice fără inflamație, amigdalită acută, tiroidită autoimună, diabet zaharat, cardiomiopatia ischemică, insuficiența valvei mitrale sau aortice fără indicație de intervenție chirurgicală, hepatită alcoolică.

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unități sanitare publice

Pacienții pot beneficia de servicii medicale gratuite doar în spitalele publice care au încheiat contracte de furnizare pentru servicii de spitalizare cu casele de asigurări de sănătate.

Spitalul public aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate este obligat să acorde serviciile medicale care fac obiectul contractului și să suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv medicamente, materiale sanitare, investigații de laborator și imagistice. De asemenea, spitalul suportă suma pentru serviciile hoteliere standard pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani și pentru cei ai persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Singurele servicii care **nu sunt decontate** de casele de sănătate, iar contravaloarea acestora este suportată de asigurat, se referă la: **servicii hoteliere cu grad înalt de confort*** a căror contravaloare este stabilită de fiecare spital și nu poate depăși cuantumul de 300 de lei/zi, precum și asistență medicală și serviciile medicale solicitate de asigurat (la cerere), servicii medicale care nu sunt incluse în contractul spitalului cu casa de asigurări de sănătate.

**Prin servicii hoteliere cu confort standard se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar masa se acordă la nivelul alocației de hrană, stabilită prin ordinul al ministrului sănătății.*

Ce se întâmplă atunci când un asigurat, deși este internat în spital, trebuie să plătească medicamentele din bani proprii?

În cazul în care medicul din secția în care asiguratul este internat recomandă, în baza unor documente medicale, anumite medicamente, materiale sanitare sau investigații de laborator, iar cheltuielile pentru acestea sunt suportate de către asigurat, deși ar fi fost îndreptățit să beneficieze de acestea gratuit, spitalul rambursează pacientului contravaloarea acestor cheltuieli la solicitarea asiguratului.

Rambursarea cheltuielilor menționate este o obligație care se aplică exclusiv spitalelor publice și se realizează din veniturile proprii ale acestora. Spitalele publice realizează o metodologie pe baza căreia rambursează aceste cheltuieli, care este pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și este adusă la cunoștință pacienților la internarea acestora în spital.

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unitățile sanitare private

Spitalele private aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate pot percepe o contribuție personală de la pacienții care optează să beneficieze de servicii de spitalizare, pentru o afecțiune acută, în aceste unități, cu finanțare în funcție de grupuri de diagnostice (sistemDRG).

Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful decontat de casa de asigurări de sănătate și tariful practicat de spitalul privat. Pentru a asigura transparența și respectarea drepturilor pacienților, au fost introduse următoarele reglementări: spitalul privat în contract cu casa de asigurări de sănătate

are obligația de a afișa public, la sediu și pe pagina web proprie, tarifele practicate, suma decontată de casa de asigurări de sănătate și valoarea contribuției personale pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate.

Înainte de internare, asiguratul va primi un deviz estimativ privind costurile serviciilor medicale solicitate, valabil 5 zile lucrătoare.

Orice modificări de costuri asupra devizului inițial apărute pe parcursul internării vor fi realizate doar cu acordul scris al pacientului sau aparținătorului legal al acestuia.

La externare, pacientului i se va elibera un decont, care va cuprinde toate cheltuielile aferente spitalizării. Principalele elemente ale devizului estimativ pot fi regăsite mai jos.

Deviz estimativ

Datele clinicii

Datele pacientului

Datele cazului tratat

Scurtă descriere a serviciului medical
 Numărul zilelor de spitalizare estimate

Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate

Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului

Detalierea cheltuielilor
 - cazare și hrană
 - medicamente și materiale sanitare
 - dispozitive medicale
 - analize medicale
 - radiologie și imagistică
 - alte investigații și proceduri
 - consulturi interclinice
 - alte servicii și îngrijiri
 - cheltuieli personal
 - cheltuieli indirecte

Suma suportată din PNUASS

Contribuția personală

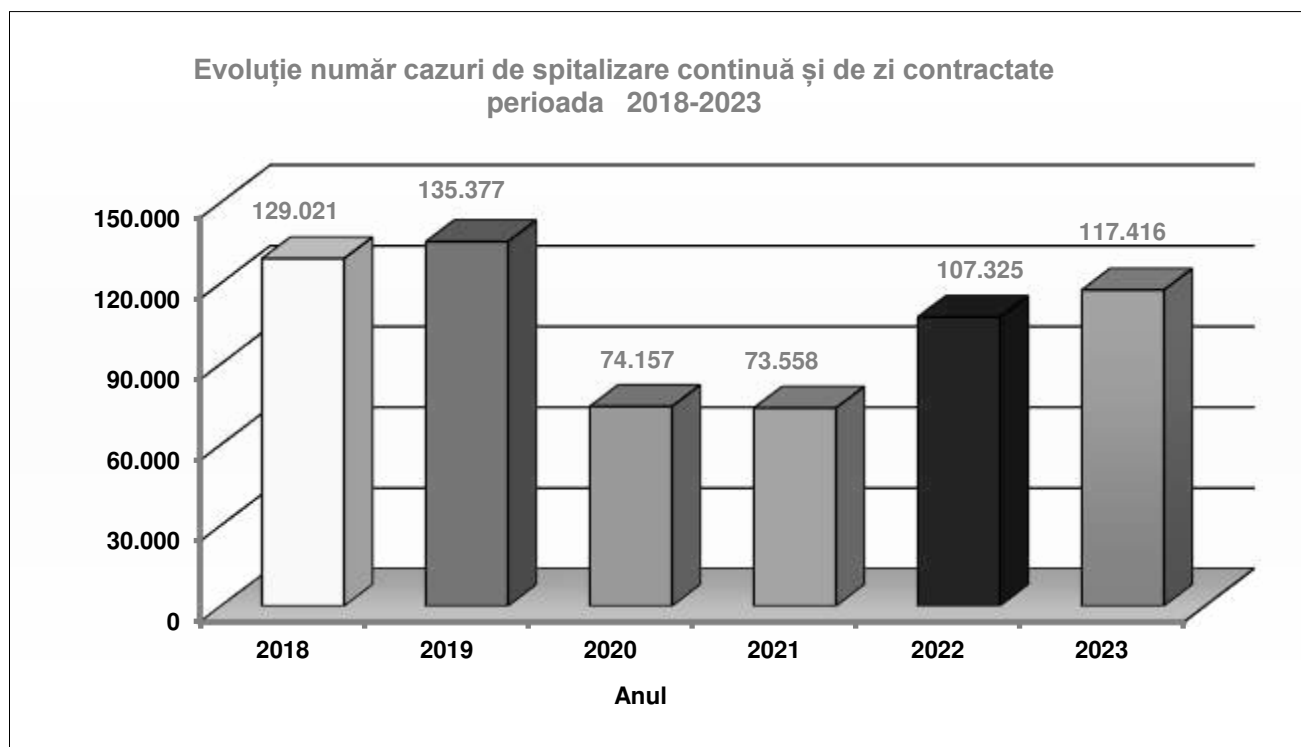
Valabil 5 zile lucrătoare

În primul semestru al anului 2023 contractarea, derularea relațiilor contractuale și decontarea serviciilor medicale s-a desfășurat după **reguli post – pandemice**, cu accent pe decontarea serviciilor medicale efectuate, în limita valorilor contractate (sumele fiind calculate potrivit Normelor de aplicare ale Contractului – Cadru intrat în vigoare în 2021), decontarea tuturor serviciilor efectuate și raportate de către spitale în cadrul spitalizărilor de zi.

La nivelul instituției, în anul 2023 s-a derulat o singură sesiune de contractare, în luna Iunie 2023, astfel încât, începând cu semstrul 2 au fost implementate, în noile contracte (11 la număr), toate modificările legislative aduse de Noul Contract - Cadru la domeniul *spitale*, contractarea serviciilor medicale spitalicești având în vedere cadrul legal general, dar și indicatorii specifici referitori la **numărul total de paturi contractabile** la nivelul județului Vâlcea, respectiv **1946** paturi aprobate conform Ordinului ministrului sănătății nr. 2033/2023, pentru care s-au putut încheia contracte cu Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea.

S-a urmărit în permanență încadrarea în creditele de angajament prevăzute în bugetul aprobat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Numărul de cazuri de spitalizare contractate în perioada 2018 — 2023



Sume contractate și decontate (mii lei) în perioada 2017-2023

AN	Sume contractate și decontate (mii lei)				
	Acuți	Cronici	Cheltuiala COVID_2019	Spitalizare zi	Total
2017	85.721,48	24.229,38	-	10.908,57	120.859,43
2018	86.863,06	26.199,96	-	11.929,67	124.992,69
2019	88.251,66	27.306,43	-	13.760,76	129.318,86
2020	83.736,74	24.973,03	23.147,81	8.627,35	140.484,92
2021	84.413,55	27.217,44	25.530,22	6.108,62	143.269,83
2022	93.111,56	28.440,70	7.634,90	10.267,88	139.455,05
2023	91.426,57	26.533,15	nu a fost	15.524,76	133.484,48

Medicul dentist/stomatolog

Persoanele neasigurate beneficiază gratuit de pachetul minimal, care include: consultație, tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare, pansament calmant/drenaj endodontic, tratamentul paradontitelor apicale- prin incizie- cu anestezie, tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, reducerea luxației articulației temporo-mandibulare, reparație proteză, rebazare proteză.

Pe lângă serviciile de mai sus, persoanele asigurate pot beneficia și de următoarele: tratamentul cariei simple și al afecțiunilor mucoasei bucale, extracții dentare, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, decapușonarea, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă, element protetic fizionomic sau semi- fizionomic, aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale, detartraj cu ultrasunete și periaj profesional pe ambele arcade, detartrajul cu ultrasunet și periajul profesional etc.

Consultația se acordă gratuit atât pentru asigurați, cât și pentru neasigurați la un interval de 12 luni, iar pentru copiii de până la 18 ani se acordă gratuit o consultație la 6 luni.

Serviciile dentare din pachetul de bază sunt decontate în procent de 100% pentru:

- categoria de vârstă 0-18 ani
- categoria de vârstă 18-26 de ani dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști și dacă nu realizează venituri din muncă
- beneficiarii legilor speciale.

Adulții beneficiază de serviciile dentare din pachetul de bază decontate în procent de 60% sau 100%.



ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE DENTARĂ

La data de 31 decembrie 2023 se aflau în relație contractuală cu CAS Vâlcea un număr de 67 furnizori de asistență medicală dentară (20 în mediul rural, 43 în mediul urban, 4 furnizori cu activitate atât în urban cât și rural), în cadrul acestora desfășurându-și activitatea un număr de 94 medici (63 de medici își desfășoară activitatea în mediu urban iar 31 de medici în mediul rural).

Creditele de angajament alocate în anul 2023 pentru asistența medicală dentară au fost în sumă de 5.098,55 00 mii lei.

Începând cu 01.07.2023, suma de referință, ca medie pe țară, pentru medicul specialist a crescut de la 4.000 lei/lună/medic la 6.000 lei/lună/medic, instituția noastră făcând toate demersurile legale pentru implementarea acestor dispoziții și pentru asigurarea fondurilor necesare finanțării activității furnizorilor la acest nivel.

Situația serviciilor medicale dentare prestate de către medici și decontate de CAS Vâlcea în anul 2023

Nr. crt.	Tip act terapeutic efectuat / acordat, din care pentru:	Număr acte terapeutice din pachetul de bază acordate pe tipuri de beneficiari			
		Copii 0-18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari potrivit unor legi speciale	Total acte terapeutice
1	Consultație	2.232	1.074	0	3.306
2	Tratamentul cariei simple	6.902	2.474	0	9.376
3	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	714	698	0	1.412



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - VÂLCEA

Str. G-ral Magheru, nr. 27
240195 Rm. Vâlcea - România

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub nr. 255

C.U.I.: 11342386

e-mail: casvi@rdslink.ro

www.casv.ro

Fax: ++40 (0)250 73 79 49

Telefon: ++40 (0)250 73 80 35

++40 (0)350 40 59 22
++40 (0)350 40 99 71
++40 (0)350 40 59 21
++40 (0)350 40 99 72

4	Pansament calmant/drenaj endodontic	1.086	331	0	1.417
5	Tratamentul cangrenei pulpare	1.272	325	0	1.597
6	Tratamentul paradontinelor apicale cu anestezie	65	313	0	378
7	Tratamentul afecțiunilor paradonțului cu anestezie	72	924	0	996
8	Extractia dinților temporari cu anestezie	660	867	0	1.527
9	Extracția dinților permanenți cu anestezie	102	945	0	1.047
10	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	5	171	0	176
11	Decapuşonarea la copii	15	27	0	42
12	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	4	5	0	10
13	Proteză acrilică monbilizabilă pe arcadă	0	452	0	452
14	Reparație proteză	0	28	0	28
15	Rebazare proteză	0	54	0	54
16	Element protetic fizionomic (acrilat / compozit)	72	309	0	381
17	Element protetic semi-fizionomic (metal+acrilat / compozit)	288	1.453	0	1.741
18	Reconstituire coroană radiculară	117	268	0	385
19	Deconditionarea tulburărilor funcționale	9	0	0	9
20	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	0	0	0	0
21	Obturarea dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	908	879	0	1.787
22	Tratament de urgență traumatisme dento-alveolare/dinte	0	0	0	0
23	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	91	0	0	91
24	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	63	0	0	63
25	Reparație aparat ortodontic	0	0	0	0
26	Mentinatoare de spațiu mobile	48	0	0	48
27	Sigare/dinte	1.822	0	0	1.822
28	Fluorizare (pe o arcadă dentară)	1.221	0	0	1.221
29	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	51	0	0	51
TOTAL		17.819	11.597	0	29.416

Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare

Serviciile se acordă asiguraților în regim ambulatoriu și în regim de spitalizare.

Medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu

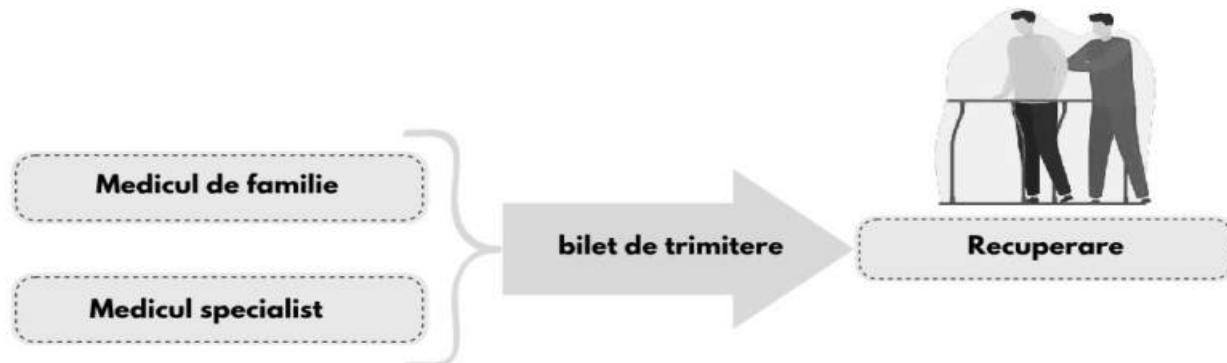
Aceste servicii includ serii de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare efectuate în ambulatoriu cum ar fi: kinetoterapie, hidrokinetoterapie, masaj, aerosoli etc. Unele proceduri, precum băi minerale, mofete naturale, împachetări cu nămol, pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare se acordă conform Planului de proceduri specifice de medicină fizică și reabilitare, pentru

perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul specialist de medicină fizică și de reabilitare.

Asigurații au dreptul la proceduri specifice de medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu pentru o perioadă de maxim **21 zile/an/asigurat**.

Pacienții cu diagnostic confirmat de **accident vascular cerebral** în primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, paciențele cu **limfedem secundar** după limfadenectomie axilară și paciențe cu **anexectomie, mării arși** în primele 4 luni de la externare, au dreptul la proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maxim **42 de zile/an/asigurat**.



Anul	Număr de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și de reabilitare, corespunzătoare zilelor de tratament raportate	Numărul persoanelor beneficiare de servicii de medicină fizică și de reabilitare	Sume contractate și decontate (mii lei)	Sume realizate (mii lei)
2022	550.718	43.469	5.299,00	5.293,18
2023	548.868	43.797	7.868,00	7.809,24

Recuperare medicală în spitale

Serviciile de recuperare medicală acordate în regim de spitalizare se acordă în sanatorii sau secții sanatoriale, care pot avea profil balnear, atât pentru copii, cât și pentru adulți.

În sanatorii balneare pot fi acordate servicii pentru o durată maximă de 14-21 zile/an, perioadă ce poate fi repartizată în maximum două fracțiuni, la recomandarea medicului prescriptor și care cuprinde minim 4 proceduri/zi pentru minim 5 zile/săptămână.

Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile.

Pentru sanatoriile balneare/ secțiile sanatoriale balneare din spitale, asigurații plătesc o contribuție personală de 52 lei/zi.

Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăși cuantumul de 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asigurați.

Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie/ medicii specialiști din ambulatoriu și din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Perioada și ritmul serviciilor sunt stabilite de medicii specialiști de medicină fizică și de reabilitare.

Serviciile de recuperare medicală acordate în sanatorii, altele decât balneare și preventorii, sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii specialiști care își desfășoară activitatea în aceste unități, nefiind limitate la un anumit număr de zile.



ASISTENȚA MEDICALĂ DE RECUPERARE - REABILITARE A SĂNĂȚĂȚII ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI (SANATORII)

ANUL	Nr. sanatorii în contract cu CAS	Număr cazuri	Număr zile	Sume contractate și decontate (mii lei)	Sume realizate (mii lei)
2017	1	525	5.346	449,73	449,73
2018	1	436	5.342	447,95	447,95
2019	1	464	5.322	446,25	446,25
2020	1	192	3.458	289,96	289,96
2021	1	354	4.058	340,27	340,27
2022	1	169	2.373	199,00	199,00
2023	1	296	2.226	224	204,57

Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat

Persoanele neasigurate pot beneficia de următoarele servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cuprinse în **pachetul minimal**:

- consultații de urgență la domiciliu pentru urgențe medico-chirurgicale, care sunt încadrate la „cod verde” (pacientul este conștient, prezintă simptome ușoare, leziuni minore, nu prezintă dificultăți în respirație etc.);
- transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;
- transport la externare (inclusiv în alt județ) pentru persoanele care nu sunt transportabile cu mijloace de transport, care au suferit afecțiuni precum: fracturi ale membrilor inferioare imobilizate în aparate gipsate, fracturi ale centurii pelviene sau coloanei vertebrale, deficit motor

neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, amputații recente ale membrilor inferioare, stări cașectice, 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 by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - aneurisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, pacienți oxigenodependenți;

- transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;
- transportul de la centrul de dializă până la domiciliu și retur al persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.



SERVICII DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI TRANSPORT SANITAR

Pe parcursul anului 2023 în județul Vâlcea și-au desfășurat activitatea, în total, 2 furnizori (unități specializate private) care a acordat servicii de urgență prespitalicească și transport sanitar.

Sumă decontată în 2023 (lei) pentru servicii de transport sanitar neasistat	Servicii de transport sanitar neasistat (TSN)			Număr solicitări de transport efectuate la solicitarea SJA Vâlcea
	Număr total de beneficiari de servicii TSN	Total Km parcurși în mediul urban	Total Km parcurși în mediul rural	
521,61 mii	464	91.691	9.397	464

Îngrijiri la domiciliu

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă asiguraților pe bază de recomandare, ținând seama de starea de sănătate a acestora.

Recomandarea poate fi făcută de medicii specialiști din ambulatoriu sau din spitale, la externarea asiguraților, precum și medicii de familie, aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se recomandă pentru pacienții cu status de performanță ECOG3 (imobilizat 50% la pat sau fotoliu) sau ECOG4 (complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază).



Îngrijiri medicale la domiciliu

Cele mai uzuale servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sunt: măsurarea parametrilor fiziologici (temperatură, puls, tensiune arterială etc.), administrarea medicamentelor, manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare și pulmonare, îngrijirea leziunilor, kinetoterapie.

Persoana asigurată adultă, beneficiază de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru perioada stabilită de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de **90 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni** (în mai multe etape episoade de îngrijire), în timp ce pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de **180 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni**.

Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile sau de maxim 30 de zile, în funcție de recomandarea medicului. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare.

În situația în care, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă conform unui plan de îngrijiri stabilit de medicul prescriptor, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale. Planul poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale.

Drenajul limfatic manual al limfedemului se efectuează de fizioterapeutul de la nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu cu pregătire profesională în drenaj limfatic manual.

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Situația comparativă a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu în perioada 2018 - 2023

Specificații	2018	2019	2020		2021		2022	2023
			medicale	paliative	medicale	paliative	medicale	medicale
Număr dosare depuse	155	131	241	0	174	0	286	153
Număr decizii aprobate	145	116	229	0	162	0	278	141
Număr cereri respinse	10	15	12	0	12	0	8	0

Număr beneficiari	109	90	137	0	107	0	99	87
Număr mediu de zile de îngrijiri / pacient	33	31	41	0	40	0	42	40
Suma decontată (mii lei)	196,51	193,73	392,59	0	306,1	0	285,82	330,09

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu constituie o alternativă mai ieftină la sistemul de asigurări sociale de sănătate ce a fost creată pentru asigurații care necesită servicii medicale, dar au o capacitate limitată de a se deplasa, pentru a putea beneficia de anumite tratamente de durată, realizându-se astfel creșterea calității vieții pacienților.

La nivelul județului Vâlcea, nu avem furnizori de servicii medicale de îngrijiri paliative la domiciliu în contract cu CAS Vâlcea.

Dispozitive medicale

Dispozitivele medicale se acordă asiguraților pentru o perioadă determinată (prin închiriere) sau nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu cuprinde: dispozitive de protezare în domeniul ORL, dispozitive pentru protezare stomii, dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară, proteze pentru membre, orteze pentru coloana vertebrală sau membre, încălțăminte ortopedică, dispozitive pentru deficiențe vizuale, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, aparate CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei, dispozitive pentru terapia cu aerosoli, dispozitive de mers, proteze externe de sân, dispozitive compresive.

Prescripțiile medicale au o valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Durata prescripției medicale este nelimitată în cazul următoarelor categorii de dispozitive medicale:

- echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv,
- stomă permanentă, respectiv incontinență urinară permanentă,
- protezele de membru superior și protezele de membru inferior - proteze definitive.

Anumite dispozitive medicale au un preț de vânzare mai mare decât prețul pe care îl decontează CNAS pentru categoria respectivă de dispozitive, astfel încât există posibilitatea ca asiguratul să suporte o contribuție personală calculată ca diferența dintre prețul de vânzare al dispozitivului și prețul de referință.



Procedura de obținere a dispozitivelor

Asiguratul, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, alături de următoarele documente:

- copia actului de identitate
- prescripția medicală în termen de 30 de zile de la emiterie
- certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz.



DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FIZIOLOGICE

Situația comparativă pentru perioada 2018 – 2023

Specificații	Anul					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Număr dosare depuse	4.826	5.195	5.454	8.217	7.124	8.256
Număr decizii aprobate	4.738	5.102	5.203	7.768	6.863	8.060
Număr cereri respinse	88	93	251	449	261	196
Număr beneficiari	3.917	4.412	4.499	4.768	4.945	5.357
Număr decizii pe listă de așteptare	0	0	0	0	0	0
<i>Suma decontată (mii lei)</i>	3.144	4.053	3.750	4.224	4.444	4.707

În cursul anului 2023 nu au fost înregistrate întârzieri în aprobarea obținerii de către asigurați a deciziei de procurare / închiriere a dispozitivelor medicale solicitate.

Tipurile de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice decontate de către CAS Vâlcea în 2023

Nr. crt.	Dispozitive medicale solicitate	Nr. cereri depuse	Nr. decizii emise
1	Pentru protezare ORL	681	663
2	Pentru protezare stome (beneficiari)	2.634	2.601
3	Pentru incontinența urinară (beneficiari)	1.232	1.191
4	Proteze pentru membrul inferior	76	75
5	Proteze pentru membrul superior	2	2
6	Dispozitive de mers	361	350
7	Orteze, din care:	233	231
7.1	pentru coloana vertebrală	97	96
7.2	pentru membrul superior	7	7
7.3	pentru membrul inferior	129	128
8	Încălțăminte ortopedică	179	176
9	Dispozitive pentru deficiențe vizuale	67	66
10	Echipamente oxigenoterapie (beneficiari de aparate închiriate)	2.676	2.591
11	Inhalator salin	0	0
12	Proteza externă sân	115	114
TOTAL		8.256	8.060

Medicamente compensate

Doar persoanele asigurate pot beneficia de medicamente suportate din FNUASS, care sunt eliberate pe baza unei prescripții medicale electronice sau a unei prescripții medicale cu regim special (*pentru medicamentele psihotrope și stupefiante - formularele verzi sau galbene*).

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, pot fi prescrise și decontate doar acele medicamente incluse în **Lista medicamentelor compensate** aprobată prin Hotărârea Guvernului.

Medicamentele decontate din FNUASS pot fi eliberate doar de către farmaciile comunitare care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Medicul prescriptor

Medicamentele compensate pot fi prescrise de medicul de familie și medicul specialist (care își desfășoară activitatea în ambulatoriul de specialitate sau în spital) aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate. Anumite medicamente, restricționate prin protocoale terapeutice, pot fi prescrise doar de medicul specialist.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă în spital, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la

contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, din care să rezulte că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

Spitalele au obligația de a publica pe propria pagină web **lista medicamentelor disponibile** în respectivul spital.

De regulă, medicul curant prescrie medicamentele compensate pe substanță activă (*denumire comună internațională – DCI*). În anumite situații, cum ar fi prescrierea produselor biologice, a vaccinurilor, a medicamentelor aflate în contracte cost-volum sau cost-volum-rezultat sau în situații justificate medical, prescrierea poate fi făcută și pe denumirea comercială a medicamentului.

Un exemplar al prescripției medicale **electronice** este înmănat asiguratului de către medic, pentru a fi depus la farmacie. În cazul prescripțiilor medicale electronice emise ca urmare a unei consultații la distanță efectuată de medicul de familie sau de medicul specialist, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea eliberării medicamentelor.





MEDICAMENTE CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Consumul lunar de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în 2023 (mii lei)

Anul 2023	Consum medicamente compensate gratuite	Consum medicamente cost volum	Consum medicamente cost-volum rezultat	Consum medicamente boli cronice	Consum medicamente pensionari compensate 90%	Vaccinuri	Consum TOTAL	Consum medicamente si materiale sanitare in cadrul PNS
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ianuarie	6.954,24	1.495,80	736,35	930,50	378,68		10.495,57	5.623,58
februarie	6.712,95	1.973,67	301,80	1.270,08	378,30		10.636,80	5.729,45
martie	7.339,14	1.965,54	60,36	1.048,82	393,06		10.806,92	5.947,01
aprilie	6.684,66	1.819,28	327,06	814,58	379,39		10.024,97	5.504,07
mai	7.351,10	1.995,17	1.056,88	1.490,83	398,66		12.292,64	6.228,82
iunie	6.891,88	1.950,03	729,81	938,49	382,81		10.893,02	6.130,25
iulie	6.674,58	1.905,87	776,77	1.243,73	362,58		10.963,53	6.297,52
august	7.327,34	2.298,04	379,55	1.176,64	405,29		11.586,86	6.198,72
Sept	7.796,03	2.252,18	320,99	858,16	408,65		11.636,01	6.546,61
octomb	8.392,53	2.308,78	344,19	1.474,74	409,41	1.227,83	12.929,65	6.536,82
noiemb	8.203,41	2.323,49	214,09	1.118,25	425,65	548,42	12.284,89	6.597,51
decembr	8.015,35	2.338,84	293,93	849,13	402,93	141,89	11.900,18	6.484,92
Total	88.343,20	24.626,70	5.541,80	13.213,95	4.725,41	1.918,14	136.451,04	73.825,28

Evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și medicamente și materiale sanitare în cadrul PNS în perioada 2017 – 2023 (mii lei)

ANUL	Consum medicamente compensate gratuite	Consum medicamente cost volum	Consum medicamente cost-volum rezultat	Consum medicamente boli cronice	Consum medicamente pensionari compensate 90%	Vaccinuri	Consum TOTAL	Consum medicamente si materiale sanitare in cadrul PNS
1	2	3	4	5	6	7	8=2+3+4+5+6+7	9
2017	68.142,23	1,00	0,00	14.045,67	3.677,32		85.866,22	24.949,50
2018	69.018,04	342,53	0,00	12.584,00	4.523,45		86.468,02	28.718,57
2019	70.786,20	430,40	0,00	11.235,08	4.718,84		87.170,52	34.819,14
2020	70.038,37	2.236,29	3.606,64	9.000,09	4.786,72		89.668,11	41.444,75
2021	70.784,36	7.027,74	2.666,74	10.022,66	4.497,23		94.998,73	49.369,57
2022	77.626,03	13.673,77	8.334,69	11.721,32	4.526,82		115.882,63	60.866,43
2023	88.343,21	24.626,69	5.541,78	13.213,95	4.725,41	1.918,14	138.369,18	73.825,28
Total	514.738,44	48.338,42	20.149,85	81.822,77	31.455,79	1.918,14	698.423,41	313.993,24

Evoluția numărului de farmacii în relație contractuală cu CAS Vâlcea în mediu urban și în rural în perioada 2017 - 2023

ANUL	Număr de furnizori în contract cu CAS Vâlcea	Număr de farmacii ce funcționează în mediu URBAN	Număr de farmacii ce funcționează în mediu RURAL	Număr total de farmacii
2017	64	80	54	134
2018	62	80	55	135
2019	57	80	55	135
2020	51	79	55	134
2021	50	79	57	136
2022	49	76	56	132
2023	47	76	56	132

Programele naționale de sănătate curative

Programele naționale de sănătate reprezintă un ansamblu de acțiuni orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică.

Programele naționale de sănătate **publică (cu accent pe prevenție)** sunt derulate de către Ministerul Sănătății, iar CNAS derulează programele naționale de sănătate **curative (cu accent pe tratament)**.

Scopul Programelor Naționale de Sănătate Curative (PNSC) este acela de a asigura tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice.

Bolnavii pot beneficia în cadrul PNSC de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, servicii specifice (exemple: radioterapie, servicii de dializă) și investigații specifice (exemple dozarea hemoglobinei glicozilate, investigații PET-CT), în funcție de afecțiunea tratată în PNSC.

În cazul programului național de suplere a funcției renale (*dializă*) la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se asigură, pe lângă medicamente și materiale sanitare, și investigații medicale, transport nemedicalizat al bolnavilor hemodializați de la și la domiciliul acestora și transport lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

În cadrul PNSC, se asigură doar acele medicamente incluse în **Lista medicamentelor compensate** aprobată prin hotărâre de guvern, care pot fi prescrise și decontate doar pentru afecțiunile care fac obiectul PNSC.

Medicamentele care se acordă în cadrul PNSC pot fi eliberate prin farmacii comunitare (*cu circuit deschis*) sau farmacii ale spitalelor (*cu circuit închis*).

Medicamentele pentru bolnavii cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine, pentru tratamentul substitutiv cu metadonă și pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic, incluși în PNSC, se eliberează **doar prin farmaciile de spital**.

Medicamentele pentru bolnavii cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant, cu excepția tratamentului recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic, pentru tratamentul pacienților cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică, angioedemul ereditar, fibroza pulmonară idiopatică, maladia Duchenne, sindromul Prader Willi, neuropatie optică ereditară Leber și limfangioleiomiomatoză), se eliberează prin farmaciile comunitare.

Înrolarea pacienților într-un program național de sănătate curativ

În funcție de afecțiunea pacientului, starea sa de sănătate și ținând cont de criteriile de eligibilitate, medicul specialist poate decide înrolarea în PNSC.

În cazul persoanelor asigurate, prescrierea tratamentului se realizează de către medicul specialist conform condițiilor prevăzute la capitolul *Medicul specialist*. Pentru anumite afecțiuni, tratamentul poate fi prescris în continuare de către medicul de familie, în baza scrisorii medicale emise de medicul specialist.

Persoanele neasigurate care întrunesc criteriile de eligibilitate pentru înrolarea într-un PNSC primesc o adeverință medicală din partea medicului specialist, cu care se prezintă la casa de asigurări de sănătate pentru a deveni asigurați.

Calitatea de asigurat dobândită astfel se păstrează până la vindecarea respectivei afecțiuni pentru care pacientul a fost inclus în PNSC.

Pentru a putea beneficia de tratamentul oferit prin PNSC, pacienții trebuie să se adreseze unui medic specialist care își desfășoară activitatea într-o unitate sanitară care derulează programul respectiv.

Lista acestor unități sanitare poate fi vizualizată pe web site-ul caselor de asigurări de sănătate, la secțiunea „Informații pentru Asigurați” - „Programe Naționale de Sănătate Curative” sau [aici](#).

Programele Naționale de Sănătate Curative derulate de CNAS sunt:

- Programul național de **boli cardiovasculare**
- Programul național de **oncologie**
- Programul național de **tratament al surdității prin proteze auditive implantabile**
- Programul național de **diabet zaharat;**
- Programul național de **tratament al bolilor neurologice;**
- Programul național de **tratament pentru boli rare;**
- Programul național de **sănătate mintală**
- Programul național de **boli endocrine**
- Programul național de **ortopedie**
- Programul național de **transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană**
- Programul național de **supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică**
- Programul național de **terapie intensivă a insuficienței hepatice**
- Programul național de **diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță**
- Programul național de **PET-CT**
- Programul național de **endometrioză.**

Informații detaliate despre fiecare program pot fi accesate [aici](#).





PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

În anul 2023, la nivelul CAS Valcea, s-au derulat 7 programe naționale de sănătate, prin 2 unități sanitare cu paturi, 1 centru public și 1 centru privat de dializă și 44 farmacii cu circuit deschis:

1. PROGRAMUL NAȚIONAL DE ONCOLOGIE:

Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice:

- 1 furnizor public – SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA
- farmaciile cu circuit deschis

-MEDICAMENTE ELIBERATE ÎN BAZA CONTRACTELOR COST-VOLUM:

- 1 furnizor public - pentru eliberarea medicamentelor pe foi de condică prin farmacia cu circuit închis- SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA
- farmacii cu circuit deschis

-Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi

2. PROGRAMUL NAȚIONAL DE DIABET ZAHARAT:

a. Medicamente, materiale sanitare și consumabile pentru pompele de insulină:

- 1 furnizor public SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VALCEA
- farmacii cu circuit deschis

b. Monitorizarea DZ prin testarea hemoglobinei glicozilate:

- 1 furnizor public - SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA
- 1 furnizor privat – SC CLINICA RAPITEST SA

3. PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL HEMOFILIEI ȘI TALASEMIEI

- 1 furnizor public- SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA

4. PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT PENTRU BOLI RARE:

- fibroză pulmonară idiopatică, mucoviscidoză copii și adulți, SLA, bolnavi cu angiodem ereditar, prin farmaciile cu circuit deschis

5. PROGRAMUL NAȚIONAL DE ORTOPEDIE:

Subprogramul de endoprotezare adulți

Subprogramul pentru tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare

- 2 furnizori publici- SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA
- SPITALUL ORĂȘENESC HOREZU

6. PROGRAMUL NATIONAL DE TRANSPLANT DE ORGANE, ȚESUTURI SI CELULE DE ORIGINE UMANĂ

a. Subprogramul de tratament al stării de posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant de organe - farmacii cu circuit deschis

7. PROGRAMUL NAȚIONAL DE SUPLEERE A FUNCȚIEI RENALE LA BOLNAVII CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ:

- 1 furnizor public - SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA
- 1 furnizor privat – SC FRESENIUS NEPHROCARE

Este de evidențiat faptul că, începând cu data de 01.08.2023 pacienților cu afecțiuni oncologice din județul Vâlcea li s-a facilitat accesul la servicii de radioterapie, pe plan local, aceștia nemaifiind nevoiți să se deplaseze în centrele din jurul județului. Acest lucru s-a realizat prin încheierea unui contract pentru Subprogramul Național de radioterapie cu un furnizor privat cu CAS Vâlcea.



Serviciile oferite de acesta sunt:

- radioterapia cu accelerador liniar 3D
- IMRT (radioterapie cu intensitate modulată)

Sumele alocate programelor/subprogramelor naționale curative s-au utilizat pentru:

- asigurarea, după caz, în spital și în ambulatoriu, a unor medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sănătății publice acordate bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate curative;
- asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice,
- transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților;
- asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate.

ACTIVITĂȚI ALOCATE PROGRAMELOR NAȚIONALE

Pentru asigurarea tratamentului pacienților eligibili pentru a fi incluși în programele/ subprogramele naționale de sănătate și pentru utilizarea eficientă a fondurilor alocate, CAS Vâlcea a desfășurat următoarele activități:

A. Monitorizarea trimestrială/anuală a derulării programelor naționale care urmărește în principal:

- corelarea solicitărilor de finanțare cu numărul de pacienți înscriși în program/ aflați pe lista de așteptare, capacitatea tehnică a furnizorului; comparații cu listele de așteptare din trimestrul anterior, existența și respectarea criteriilor de prioritate;
- corectitudinea procesului de achiziție, concordanța între necesar și achiziții;
- rulajul stocurilor, respectarea termenelor de valabilitate pentru medicamente/ materiale sanitare;
- analiza costurilor medii realizate comparativ cu cele prevăzute de legislația în vigoare;
- alte aspecte cu privire la respectarea clauzelor contractuale.

Monitorizarea consumului în ambulatoriu, de medicamente specifice eliberate prin farmaciile cu circuit închis.

Monitorizarea consumului de medicamente specifice pentru pacienții incluși în programele naționale de sănătate prin farmaciile cu circuit deschis s-a efectuat pentru medicamentele acordate pacienților în cadrul programelor naționale: oncologie, diabet zaharat, boli rare: mucoviscidoză, SLA, fibroză pulmonară, terapia stării de posttransplant. Monitorizarea a urmărit, în principal, următoarele obiective:

- la extragerea datelor din programul informatic SIUI
- analiza costului realizat/pacient

Verificarea și validarea facturilor de achiziție a medicamentelor/ materialelor sanitare utilizate în cadrul programelor, precum și a indicatorilor raportați de unitățile sanitare cu paturi, centralizarea datelor și transmiterea către CNAS a sumelor utilizate, stocurilor, indicatorilor fizici și de eficiență realizați.

Analiza periodică a indicatorilor specifici și de eficiență realizați în colaborare cu coordonatorii de program și compartimentul financiar din cadrul unităților derulatoare de programe, analiză necesară fundamentării corecte a necesarului de finanțare în cadrul fiecărui program/ subprogram/ activitate și repartizării către unitățile de specialitate a fondurilor destinate derulării programelor.

Analiza evoluției numărului de pacienți tratați, a costului mediu/ pacient realizat, a cheltuielilor din anul curent față de anul anterior și pe o perioadă de 5 ani; analiza evoluției trimestriale/ lunare a numărului de pacienți și a consumului de servicii, medicamente, materiale sanitare.

Fundamentarea necesarului de finanțare în cadrul fiecărui program/ subprogram/ activitate și transmiterea solicitărilor către CNAS, la termenele stabilite sau la alte termene.

Evoluția cheltuielilor și a numărului de pacienți tratați pe programe naționale de sănătate perioada 2019-2023

Denumire Program Național de Sănătate	Cheltuieli medicamente/ materiale sanitare / servicii (lei)				
	2019	2020	2021	2022	2023
PNS oncologie	18.110.326,11	19.285.565,34	22.112.424,46	27.333.710,28	31.982.753,01
COST-VOLUM oncologie	9.830.337,02	12.891.336,97	16.050.576,24	16.685.953,85	19.054.547,00
PNS diabet zaharat	19.888.448,33	23.737.137,02	28.910.131,32	33.006.989,26	38.465.428,04
PNS hemofilie și talasemie	2.928.341,09	3.695.278,21	3.829.548,19	4.166.884,38	5.515.585,59
PNS boli rare	264.381,65	263.014,86	235.007,63	1.106.973,10	3.876.960,02
PNS ortopedie	1.066.741,45	403.182,92	639.976,75	1.223.559,12	1.446.863,59
PNS posttransplant	929.590,04	1.030.190,62	1.006.680,78	1.030.946,60	1.117.542,33
PNS dializă	20.991.701,00	22.813.668,98	21.686.434,35	23.476.083,56	24.633.794,23
Radioterapie a bolnavilor oncologici	0	0	0	0	1.438.080,00
TOTAL	74.012.294,73	84.119.374,92	94.470.779,72	108.031.100,15	127.531.553,81

În ceea ce privește evoluția cheltuielilor pentru Programele naționale de sanătate curative in ultimii 5 ani, respectiv in perioada 2019- 2023 aceasta a avut un trend constant ascendent, cheltuielile crescand de la un an la altul cu procente intre 10 si 50%. Acelasi trend crescator se observa de asemenea si defalcat pe principalele programe de sanătate derulate prin CAS Valcea, respectiv oncologie si diabet zaharat.

Observatii:

- Programul național de oncologie:
 - consumul de medicamente urmează trendul crescător din ultimii ani, costul crescut pe pacient fiind datorat utilizării medicației de ultimă generație cu cost ridicat.
 - a crescut în special consumul pentru medicația prin contractele cost volum, prin creșterea numărului pacienților înrolați (includerea de medicamente noi în listă, dar și extinderea indicațiilor pentru același medicament). Este de menționat faptul ca numărul pacienților care au beneficiat de medicație în baza contractelor cost-volum fiind de 2,2 ori mai mare, ajungându-se de la 97 de pacienți in 2021, la 213 de pacienți tratați în anul 2023.
- Programul național de diabet zaharat:

- consumul de medicamente urmează trendul crescător din ultimii ani, costul crescut pe pacient fiind datorat utilizării medicației de ultimă generație cu cost ridicat, dar și cu profil de siguranță mai bun. Se înregistrează de asemenea și o creștere semnificativă a numărului de pacienți beneficiari de medicamente.
- Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei:
 - se remarcă o creștere a consumului atât la hemofilie cât și la talasemie datorate atât creșterii numărului de pacienți cât și faptului că pacienții au necesitat mai multe săptămâni de terapie sau au necesitat medicație cu un cost mai ridicat atunci când pacientul a prezentat efecte adverse la alte medicamente.
- Programul național de boli rare:
 - pentru pacienții diagnosticați cu mucoviscidoză, se constată o creștere semnificativă, a costului mediu/pacient, față de anul 2022. Aceasta a fost determinată de accesul crescut al acestor pacienți, la terapii inovative, respectiv a triplei terapii (Kaftrio) pentru fibroză chistică (mucoviscidoză).
- Program național de boli endocrine:
 - utilizarea medicației generice a dus la scăderea semnificativă a costului pe pacient și datorită adresabilității scăzute spre deloc a pacienților, o parte din medicație fiind achiziționată de pacienți din fonduri proprii (la inițiativa pacientului), începând cu anul 2020 spitalul nu mai derulează programul.
- Program național de ortopedie:
 - dacă pentru anii 2020 și 2021 s-a înregistrat o reducere a numărului de pacienți operați pentru endoproteze, restrângerea activității fiind cauzată de situația dificilă determinată de pandemia de COVID 19, consumul pentru tratamentul bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare, a revenit în anul 2023 la nivelul anterior pandemiei.
- Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică este derulat de CAS Vâlcea în sistem public prin Spitalul Județean de Urgență Vâlcea și printr-o unitate privată, Fresenius Nephrocare Romania SA.
Numărul de pacienți contractat prin cele 2 unități sanitare acoperă cererea de servicii la nivelul județului.
- În concluzie, din punct de vedere al numărului de pacienți tratați prin programele naționale de sănătate se pot observa următoarele aspecte:
 - A crescut numărul bolnavilor cu afecțiuni oncologice care au beneficiat de tratamente cu medicamente inovative în regim cost-volum ajungând de la un număr de 64 în anul 2019, la 213 bolnavi în anul 2023. Acest lucru demonstrează creșterea accesului la medicamente inovative a bolnavilor cu afecțiuni oncologice pentru diferite indicații.
 - A crescut numărul bolnavilor în cadrul tuturor programelor naționale de sănătate desfășurate la nivelul CAS Vâlcea și concomitent cu numărul bolnavilor a crescut și costul pe bolnav.

PET-CT

Înregistrarea și verificarea existenței conformității și valabilității documentației necesare pentru analiza dosarelor pacienților de către comisia terapeutică de la nivel CNAS-PET/CT.

La nivelul CAS Valcea în anul 2023 numărul de dosare depuse pentru solicitarea investigației PET-CT a fost de 51 de dosare.

Facem precizarea că începând cu data de 01.06.2023 s-a facilitat accesul pacienților oncologici care îndeplinesc criteriile de eligibilitate la investigațiile PET – CT, prin eliminarea



necesității aprobării comisiei de experți de la nivelul CNAS pentru efectuarea acestei investigații.

Anul	Nr. dosare depuse la CAS Vâlcea	Nr. dosare aprobate de catre comisia de experți CNAS	Nr. dosare respinse de catre comisia CNAS
2021	65	62	3
2022	104	104	0
2023	51	50	1

Pacienții care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru efectuarea investigațiilor PET – CT vor avea acces la acestea în baza unui formular specific completat de medicul curant, care va avea valabilitatea de 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

La nivelul CAS Vâlcea au fost emise de catre medicii din specialitatea oncologie, începând cu data de 01.06.2023, formulare pentru investigatia PET-CT, unui număr de 46 de pacienți.

HEPATITA C – TERAPIE INTERFERON FREE

În ultimii ani, terapiile interferon-free (fără interferon) au devenit standardul în tratarea hepatitei C. În comparație cu tratamentele clasice, pe bază de interferon, aceste noi terapii s-au dovedit mult mai eficiente, mai sigure și se derulează pe o durată mai scurtă de timp.

Este îmbucurător de semnalat, faptul că, aceste tratamente au devenit accesibile începând din anul 2020 și la nivelul județului Vâlcea, pentru pacienții diagnosticați cu hepatita C sau ciroză hepatică C care se pot adresa medicilor din specialitatea gastroenterologie și medicilor specialiști în boli infecțioase aflați în relație contractuală cu CAS Vâlcea, pentru a beneficia de aceste terapii inovative.

Începând cu luna februarie 2022 pacienții cu diverse forme de hepatită C și ciroză hepatică cu virus C, au beneficiat pe lângă tratamentele genotip specifice și de două molecule pangenotipice.

Descriere tratament	2022			
	Nr pacienti pentru care s-a obtinut raspuns viral	Nr. prescriptii	Valoare consum (lei)	Nr. pacienti cu esec la terapie /pierduti din evidenta
SOFOSBUVIRUM + LEDIPASVIRUM (Harvoni)	5	10	613.621,00	0
SOFOSBUVIR + VELPATASVIR (Epclusa)	11	33	1.364.900,13	0
GLECAPREVIR + PIBRENTASVIR (Maviret)	25	50	3.148.549,00	0
Total	41	93	5.127.070,13	0

În anul 2023 pacienții județului Vâlcea au continuat să beneficieze de terapia inovativă interferon-free, atât cu medicamente genotip specifice cât și cu cele pangenotipice, numărul pacienților tratați crescând cu 24,4 %.



Cod lista C1/ denumire afectiune	TERAPIE INTERFERON FREE 2023	Nr. Pacienti an 2023	Valoare consum (lei) an 2023	Nr pacienti pentru care s-a obtinut raspuns viral	Nr. pacienti cu esec la terapie /pierduti din evidenta/deces
G4 - Hepatite cronice de etiologie virală C		37	3.907.990,78	37	0
	COMBINATII (GLECAPREVIRUM + PIBRENTASVIRUM) - MAVIRET	4	419.876,80	4	0
	COMBINATII (LEDIPASVIRUM+SOFOBUVIRUM) - HARVONI	13	1.035.140,58	13	0
	COMBINATII (SOFOBUVIRUM+VELPATASVIRUM)- EPCLUSA	20	2.452.973,40	20	0
G7	Ciroza hepatică	14	1.572.418,46	12	0
	COMBINATII (GLECAPREVIRUM + PIBRENTASVIRUM)- MAVIRET	5	472.361,40	5	0
	COMBINATII (LEDIPASVIRUM+SOFOBUVIRUM)- HARVONI	3	364.165,04	2	1
	COMBINATII (SOFOBUVIRUM+VELPATASVIRUM)- EPCLUSA	6	735.892,02	5	1
TOTAL		51	5.480.409,24	49	2

Eficiența tratamentului interferon free este vizibilă și din analiza datelor din tabelul anterior, în sensul în care din cei 51 de pacienți care au beneficiat de acest tratament, virusul C a fost nedetectabil la analiza viremiei la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului, pentru 49 dintre aceștia, procentul de eficiență fiind de 96,07%.

Din fericire, studiile au demonstrat că terapiile fără interferon pot vindeca hepatita C, care reprezintă o problemă de sănătate publică. Se realizează astfel încă un pas în îndeplinirea indicatorilor necesari pentru respectarea angajamentului României față de organismele internaționale, de eradicare a infecției cu virus hepatic C până în anul 2030.

Cardul european de sănătate. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări

Având în vedere că România este stat membru UE, calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România este recunoscută pe teritoriul oricărui stat membru al UE/SEE/ Confederației Elvețiene/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Astfel, în funcție de formularele emise de casa de asigurări de sănătate (*card european de asigurări sociale de sănătate sau formularele/documente europene*), asiguratul poate beneficia, după caz:

- de servicii medicale devenite necesare;
- de tratament planificat;
- de toate serviciile medicale de care beneficiază orice asigurat din statul membru respectiv.

Ce este cardul european de asigurări sociale de sănătate (CEASS)?

Este un card gratuit cu ajutorul căruia, la nevoie, asiguratul poate beneficia de serviciile medicale din sistemul public, devenite necesare în timpul șederii temporare în oricare dintre statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European (Islanda, Liechtenstein, Norvegia), Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, acordate în aceleași condiții și la aceleași tarife ca și asiguraților din țara respectivă.

Prin ședere temporară se înțelege deplasarea unei persoane pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii.

Cardul poate fi solicitat de orice persoană care este asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România și are o valabilitate de 2 ani.

Serviciile medicale acordate în baza cardului nu trebuie să depășească ceea ce este necesar din punct de vedere medical în timpul șederii temporare în statul membru în care se realizează deplasarea, fiind acordate în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Prestațiile acoperite includ, de exemplu, servicii pentru boli cronice sau existente (exemplu: dializa), precum și pentru sarcină/naștere.



Cum se obține cardul european de asigurări sociale de sănătate?

Cardul poate fi obținut de la casa de asigurări de sănătate în evidența căreia persoana se află. În acest sens, asiguratul depune o cerere într-un format standardizat, al cărui model poate fi accesat pe pagina web a CNAS și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

Pentru mai multe detalii acesăți website-ul: cardeuropean.ro

În perioada 01.01.2023 — 31.12.2023 au fost emise 3.199 / 587 carduri europene de asigurări de sănătate / certificate provizorii de înlocuire a cardului.

Luna / Anul	Numar carduri europene	Numar certificate provizorii
Ianuarie 2023	0	136
Februarie 2023	0	173
Martie 2023	204	11
Aprilie 2023	175	13
Mai 2023	364	10
Iunie 2023	567	26
Iulie 2023	686	61
Aug 2023	424	56
Septembrie 2023	191	15
Octombrie 2023	204	17
Noiembrie 2023	239	53
Decembrie 2023	145	16
Total 2023	3.199	587



Concedii medicale

Persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate pot fi asigurate și pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate.

Sunt asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate **persoanele care realizează venituri din desfășurarea unei activități în baza unui contract individual de muncă și alte venituri asimilate salariilor.**

Se pot asigura opțional pentru concedii și indemnizații la nivelul înscris în declarația fiscală depusă în vederea plății CASS, **persoanele care nu obțin venituri de natura celor menționate anterior, pe baza contractului de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate care se încheie cu casa de asigurări de sănătate în evidența căreia sunt înregistrate ca persoane asigurate de sănătate.**

Dreptul la concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, la care au dreptul persoanele asigurate ce realizează venituri din desfășurarea unei activități în baza unui contract individual de muncă, este condiționat de plata contribuției asiguratorii pentru muncă, destinată suportării acestor indemnizații, reglementată prin Codul fiscal.

Pentru persoanele care se asigură opțional, dreptul la concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate este condiționat de plata unei contribuții de 1% care se aplică venitului înscris în declarația depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate.

Indemnizațiile aferente tuturor tipurilor de concedii medicale se suportă din FNUASS, cu excepția indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă pentru boli obișnuite de care beneficiază angajații, în cazul căreia, angajatorul suportă indemnizația din prima zi până în a 5-a zi de incapacitate temporară de muncă.

Pentru persoanele angajate, indemnizațiile aferente concediilor medicale se plătesc de angajator, la data plății drepturilor salariale, urmând ca angajatorul să recupereze ulterior, de la casa de asigurări de sănătate, contravaloarea indemnizațiilor plătite angajaților proprii și care se suportă din FNUASS.

Pentru persoanele care se asigură opțional, prin încheierea unui contract de asigurare, indemnizațiile de concediu medical sunt suportate integral din bugetul FNUASS.

Stagiul minim de asigurare pentru acordarea concediilor medicale și indemnizațiilor aferente **este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical.**

Persoanele asigurate au dreptul la concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare, în cazul urgențelor medico-chirurgicale, al unor tipuri de arsuri, inclusiv pentru perioada de recuperare, tuberculozei, bolilor infectocontagioase din grupa A, neoplaziilor, SIDA, în cazul bolilor infectocontagioase pentru care se impune măsura izolării, precum și în cazul carantinei.

CONCEDII MEDICALE

Validarea raportării lunare a certificatelor de concediu medical eliberate de medici în vederea monitorizării numărului de certificate de concediu medical eliberate de medicii care au încheiat cu CAS Vâlcea convenție de eliberare concedii medicale și pentru evidențierea și corecția erorilor de acordare sau completare a certificatelor medicale.

Totalul certificatelor medicale eliberate de medicii de familie, medicii din ambulatorii de specialitate precum și medicii din unitatile sanitare cu paturi în anul 2023, a fost de **55.704**.

După procesarea și verificarea validității certificatelor de concediu medical în SIUI, în perioada 12-16 a fiecărei luni și la sfârșitul fiecărei luni, au fost întocmite solicitări (adrese, email-uri) către furnizorii aflați în contract cu CJAS Vâlcea și alte CJAS în vederea remedierii erorilor de raportare, erori care nu permit procesarea raportărilor furnizorilor. S-au întocmit și transmis la CNAS lunar/anual rapoarte cu numărul de certificate de concedii medicale eliberate, pe tipuri de asistență medicală și s-au transmis către CNAS.

COD DE INDEMNIZAȚIE	NUMĂR CERTIFICATE MEDICALE ELIBERATE LA NIVELUL ANULUI 2022				NUMĂR CONVENȚII ÎNCHIEIATE	NUMĂRUL MEDICILOR CARE AU ELIBERAT CERTIFICATE DE CONCEDIU MEDICAL
		MEDICI DE FAMILIE	AMBULATORIU	SPITALE		
1	2 = 3 + 4 + 5	3	4	5	6	7
01 - Boala obisnuita	25.597	6.472	16.326	2.799	241	391
02 - Accident in timpul deplasarii la/de la locul de munca - neconfirmat	11	1	9	1		
03 - Accident de munca - neconfirmat	110	5	105	0		
04 - Boala profesionala - neconfirmat	3	0	3	0		
05 - Boala infectocontagioasa din grupa A	7	0	1	6		
06 - Urgenta medico-chirurgicala	19.517	15.232	3.025	1.260		
07 - Carantina	3.966	3.918	48	0		
08 - Sarcina si lauzie	4.254	4.188	39	27		
09 - Ingrijire copil bolnav pana la implinirea varstei de 7 ani sau pentru ingrijirea copilului cu handicap pentru afectiuni intercurante pana la implinirea varstei de 18 ani	853	680	87	86		
10 - Reducerea cu 1/4 a duratei normale de lucru - neconfirmat	0	0	0	0		
12 - Tuberculoza	226	0	212	14		
13 - Boala cardiovasculara	1.183	0	1.035	148		
14 - Neoplazii, SIDA	1.445	3	1.442	0		
15 - Risc maternal	853	684	163	6		
16 - Unele tipuri de arsuri,inclusiv pentru perioada de recuperare	4	1	3	0		



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - VÂLCEA

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub nr. 255
 C.U.I.: 11342386 Fax: ++40 (0)250 73 79 49 ++40 (0)350 40 99 22
 Str. G-ral Magheru, nr. 27 e-mail: casvl@rdslink.ro Telefon: ++40 (0)250 73 80 35 ++40 (0)350 40 99 71
 240195 Rm. Vâlcea - România w w w . c a s v l . r o ++40 (0)350 73 42 21 ++40 (0)350 40 99 72

17 - Ingrijire pacient cu afectiuni oncologice	4	0	4	0		
51 - Boala infectocontagioasa pentru care se instituie masura izolarii	6.665	6.498	95	72		
91 - Îngrijire copil bolnav cu afecțiuni grave, în vârstă de până la 18 ani	2	1	1	0		
92 - Ingrijirea copilului in varsta de pana la 18 ani pentru care s-a impus masura carantinei sau izolarii	4	2	0	2		
TOTAL	64.704	37.685	22.598	4.421		

În anul 2023 a fost eliberat un numar de 55.704 certificate de concediu medical, cu 9.000 mai mic decat in anul 2022. Acest fapt a fost determinat in mare măsură de eliberarea unui numar mult mai mic de crtificate medicale pentru COVID 19 si in contextul incetării starii de aletă epidemiologică.

COD DE INDEMNIZAȚIE	NUMĂR CERTIFICATE MEDICALE ELIBERATE LA NIVELUL ANULUI 2023				NUMĂR CONVENȚII ÎNCHEIATE	NUMĂRUL MEDICILOR CARE AU ELIBERAT CERTIFICATE DE CONCEDIU MEDICAL
		MEDICI DE FAMILIE	AMBULATORIU	SPITALE		
1	2 = 3 + 4 + 5	3	4	5	6	7
01 - Boala obisnuita	27.046	6.057	18.172	2.817	241	394
02 - Accident in timpul deplasarii la/de la locul de munca - neconfirmat	3	0	3	0		
03 - Accident de munca - neconfirmat	56	0	54	2		
04 - Boala profesionala - neconfirmat	2	0	2	0		
05 - Boala infectocontagioasa din grupa A	5	2	0	3		
06 - Urgenta medico-chirurgicala	19.780	15.160	3.528	1.092		
07 - Carantina	0	0	0	0		
08 - Sarcina si lauzie	3.797	3.753	30	14		
09 - Ingrijire copil bolnav pana la implinirea varstei de 7 ani sau pentru ingrijirea copilului cu handicap pentru afectiuni intercurente pana la implinirea varstei de 18 ani	838	606	194	38		
10 - Reducerea cu 1/4 a duratei normale de lucru - neconfirmat	0	0	0	0		



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - VÂLCEA

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub nr. 255
C.U.I.: 11342386 Fax: ++40 (0)250 73 79 49 ++40 (0)350 40 99 22
Str. G-ral Magheru, nr. 27 e-mail: casvi@rdslink.ro Telefon: ++40 (0)250 73 80 35 ++40 (0)350 40 99 71
240195 Rm. Vâlcea - România w w w . c a s v i . r o ++40 (0)250 73 42 21 ++40 (0)350 40 99 72

12 - Tuberculoza	292	0	229	63
13 - Boala cardiovasculara	1.254	4	1.035	148
14 - Neoplazii, SIDA	1.514	6	1.482	26
15 - Risc maternal	609	449	160	0
16 - Unele tipuri de arsuri, inclusiv pentru perioada de recuperare	8	0	8	0
17 - Ingrijire pacient cu afectiuni oncologice	0	0	0	0
51 - Boala infectocontagioasa pentru care se instituie masura izolarii	496	488	5	3
91 - Ingrijire copil bolnav cu afectiuni grave, în vârstă de până la 18 ani	5	5	0	0
92 - Ingrijirea copilului in varsta de pana la 18 ani pentru care s-a impus masura carantinei sau izolarii	2	1	1	0
TOTAL	55.704	26.531	25.032	4.144

Investigarea gradului de satisfacție a asiguraților

În scopul evaluării gradului de satisfacție a asiguraților față de calitatea serviciilor medicale acordate de către furnizorii aflați în relație contractuală au fost aplicate în anul 2023 un număr de 450 de chestionare, distribuite semestrial (conform modelului aprobat prin Ordin 740/2011 al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate modificat prin Ordinul 1172/2019).

În urma prelucrării răspunsurilor obținute de la persoanele chestionate, s-a constatat că respondenții s-au declarat în marea lor majoritate mulțumiți de calitatea serviciilor medicale care le-au fost acordate pe parcursul anului 2023 în spitalele aflate în relație contractuală cu CAS Vâlcea (**în medie peste 70% dintre persoanele internate declarând „mi s-a acordat toată atenția,,**).

De asemenea referitor la medicația specifică, în medie 80% dintre respondenți au găsit accesibilitatea la aceasta "crescută, găsesc întotdeauna în farmacia medicația prescrisă".

În ceea ce privește întrebarea privind derularea Programelor Naționale de Sănătate 75% din cei chestionați incluși în PNS, declară ca acestea se desfășoară bine și foarte bine.

CONTROLUL ACTIVITĂȚII FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE, MEDICAMENTE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE

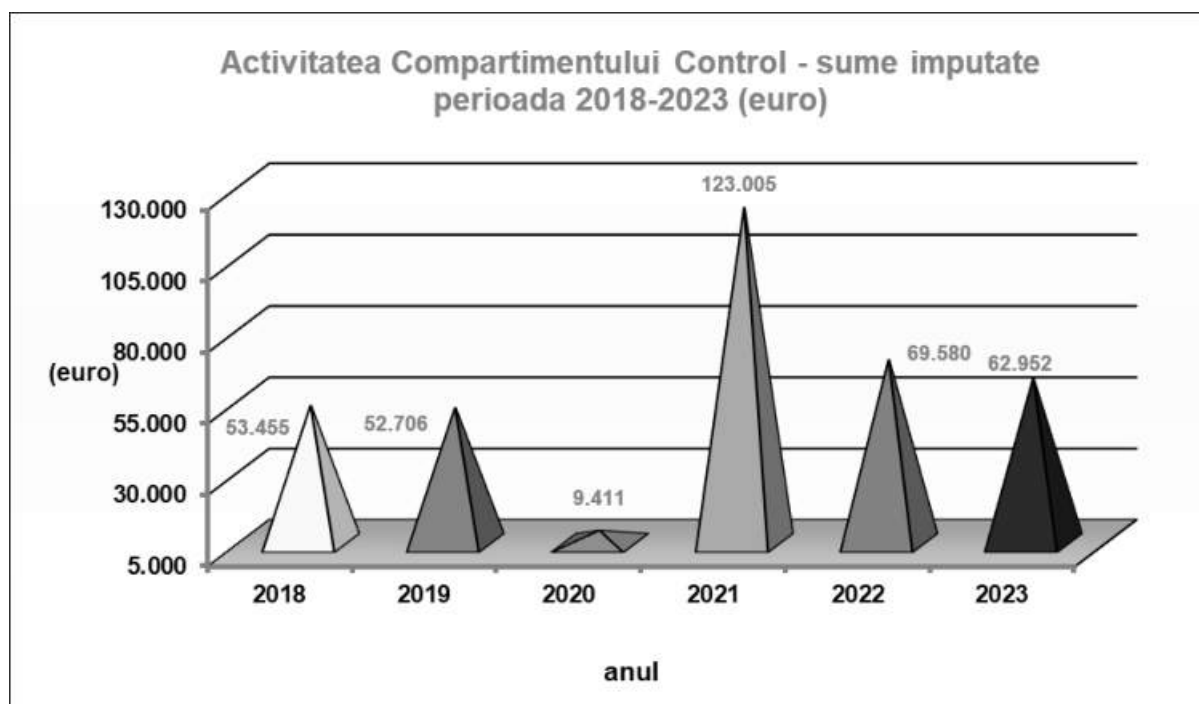
În anul 2023, conform planului anual de activitate avizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru structura de control din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate Vâlcea (compusă din 4 consilieri superiori până în data de 03.09.2023, începând cu data de 04.09.2023, 5 consilieri superiori) a fost prevăzut un număr de **76** acțiuni de control la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și materiale sanitare.

Au fost realizate efectiv un număr de **70** acțiuni de control, din care:

- **68** acțiuni de control la furnizori de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală și la furnizori de medicamente;
- **2** controale la persoanele fizice sau juridice ai căror salariați beneficiază de concedii medicale conform OUG nr.158/2005.

Cele **70** acțiuni de control efectuate la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și materiale sanitare, se distribuie pe tipuri de acțiuni de control, astfel:

- **26** acțiuni de control tematice
- **33** acțiuni de control operative
- **11** acțiuni de control inopinate



FORMULARE EUROPENE, ACORDURI INTERNAȚIONALE

Activitatea personalului din cadrul compartimentului a vizat în 2023:

- aplicarea regulamentelor din domeniul coordonării sistemelor de securitate socială, precum și acordurilor, protocoalelor, convențiilor și înțelegerilor cu prevederi în domeniul sănătății la nivelul instituției, în vederea fundamentării operațiunilor de decontare;
- primirea, înregistrarea, verificarea conformității și valabilității a dosarelor depuse în vederea eliberării formularelor „E/S/SED echivalent” și a cardului european de asigurări sociale de sănătate.

Situația numărului de formulare europene emise și primite – perioada 2019-2023

Nr. Crt.	Tip formular	Formulare europene emise					Formulare europene primite din state UE /SEE				
		2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
1	E104	119	103	134	191	170	2	5	1	5	23
2	E106 sau S1 similar	3	4	0	1	1	120	127	390	559	465
3	E107	4	2	8	0	0	225	183	145	112	125
4	E108	8	20	17	15	8	81	90	108	79	115
5	Total E109 sau S1 similar	0	3	0	2	1	16	13	24	25	23
6	Total E112 sau S2 similar	19	13	12	8	14	0	0	0	0	0
7	Total E121 sau S1 similar	36	33	34	46	40	7	7	4	6	3
8	E125	49	49	37	60	67	705	652	811	1084	742
9	E126	6	5	0	0	3	3	2	1	3	3
10	E001	2	2	5	1	1	29	18	29	3	4
Total		246	234	247	324	305	1.188	1.097	1.513	1876	1.503

În cursul anului 2023, s-au primit un număr de 498 formulare „E/S/SED echivalent” și au fost eliberate un număr de 498 formulare „E/S”.

Au fost procesate și emise un număr de 3.199 carduri europene și un număr de 587 certificate de înlocuire provizorie a cardului european de sănătate.

De asemenea, nu s-au înregistrat cereri de rambursare, formulate în baza articolului 7 din Ordinul CNAS nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare, și s-a solicitat rambursarea sumelor pentru 3 beneficiari de servicii medicale pe teritoriul statelor membre UE.

În anul 2023, au fost înregistrate și 2 dosare privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere, în conformitate cu prevederile H.G. nr. 304/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Tratamentele pentru care s-au solicitat și întocmit documente de deschidere de drepturi la tratament planificat (formular S2) în anul 2023 au fost:

- tratament chirurgical; explorare hemodinamică;
- colostomă închidere stomă ileală, tratament sindrom de intestin scurt;
- vitrectomie posterioară;
- corecția chirurgicală a malformațiilor congenitate de cord;
- osteotomie vertebrală;
- revizuire parotidă dreapta / stânga cu anestezie prin intubare;
- proceduri chirurgicale cardio toracice,
- chimioterapie locală și sistemică;
- tratament chirurgical.



OBIECTIVELE CAS VÂLCEA pentru anul 2024

- **Gestionarea și administrarea eficientă a bugetului FNUASS alocat județului Vâlcea, prin:**
 - monitorizarea lunară a indicatorilor specifici serviciilor medicale pe domenii de asistență medicală
 - monitorizarea lunară a indicatorilor cantitativi și de eficiență în cadrul programelor naționale de sănătate curative gestionate de CAS Vâlcea
 - întărirea disciplinei contractuale în relația cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale prin eficientizarea activităților de evaluare/contractare
 - monitorizarea continuă a serviciilor medicale prestate în baza regulamentelor și acordurilor internaționale
 - monitorizarea lunară a indicatorilor privind execuția bugetară
 - asigurarea echilibrului bugetar și întărirea disciplinei financiare
- **Management instituțional performant bazat pe nevoile oamenilor, furnizorilor de servicii medicale, beneficiarilor serviciului public furnizat de CAS Vâlcea, prin:**
 - creșterea transparenței prin publicarea pe site-ul instituției a informațiilor despre toate activitățile derulate și fondurile gestionate
 - implementarea standardelor de control intern managerial conform Ordinul nr. 600/2018
 - management eficient al resurselor umane
 - implementarea standardelor de management în activitatea CAS Vâlcea prin urmărirea rezultatelor și indicatorilor conform Ordinului Președintelui CNAS nr. 973/2021
- **Informarea corectă, completă și accesibilă a celor pe care îi deservim (populație, furnizori de servicii medicale, instituții diverse etc.), prin:**
 - creșterea gradului de informare cu privire la drepturile și obligațiile în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale prin stabilirea unor politici de contractare adecvate în concordanță cu oferta de servicii și nevoile populației
 - îmbunătățirea serviciului public în relația cu asigurații, angajatorii și furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale
- **Creșterea încrederii oamenilor în instituție, astfel încât aceștia să ne perceapă aproape de ei, de nevoile medicale ale acestora**
 - susținerea comunicării cu asigurații și îmbunătățirea imaginii instituției prin mass-media

DIRECTOR GENERAL,
Alin VOICULEȚ

MEDIC ȘEF,
Gabriela PĂDUREANU